

Angélica Baptista Silva
Maria Helena Barros de Oliveira
Patrícia da Silva Von Der Way
Organizadoras

Direitos humanos e saúde

gênero e sexualidade
em vozes insurgentes



Direitos humanos e saúde: gênero e sexualidade em vozes insurgentes

Angélica Baptista Silva
Maria Helena Barros de Oliveira
Patrícia Von Der Way
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, A. B., OLIVEIRA, M. H. B., and WAY, P. V. D., eds. *Direitos humanos e saúde: gênero e sexualidade em vozes insurgentes* [online]. Salvador: EDUFBA, 2024. p. 287. ISBN: 978-65-5630-897-5. <https://doi.org/10.7476/9786556308975>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Vice-reitor

Penildon Silva Filho



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Susane Santos Barros

Conselho Editorial

Titulares

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

George Mascarenhas de Oliveira

Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté

Mônica Neves Aguiar da Silva

Suplentes

José Amarante Santos Sobrinho

Lorene Pinto

Lúcia Matos

Lynn Alves

Rafael Moreira Siqueira

Paola Berenstein Jacques



Angélica Baptista Silva
Maria Helena Barros de Oliveira
Patrícia Von Der Way
Organizadoras

Direitos humanos e saúde

gênero e sexualidade em vozes insurgentes

Salvador
Edufba
2024

2024, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Coordenação editorial

Cristovão Mascarenhas

Capa e projeto gráfico

Rodrigo Oyarzabal Schlabit

Coordenação gráfica

Edson Nascimento Sales

Revisão

Mariana Leiro Cal

Coordenação de produção

Gabriela Nascimento

Normalização

Marcelly Moreira

Assistente editorial

Bianca Rodrigues de Oliveira

Imagem da capa

Freepik

Sistema de Bibliotecas – SIBI/UFBA

Direitos humanos e saúde : gênero e sexualidade em vozes insurgentes / Angélica Baptista Silva, Maria Helena Barros de Oliveira, Patrícia Von Der Way, organizadoras. – Salvador : EDUFBA, 2024.
309 p.

Contém biografia.

ISBN: 978-65-5630-672-8

1. Direitos humanos. 2. Direito dos trabalhadores – Aspectos da saúde. 3. Minorias sexuais – Saúde e higiene - Brasil. 4. Violência contra Minorias sexuais. 5. Discriminação em cuidados médicos - Brasil. 6. Tecnologia – Aspectos sociais. 7. Exclusão social. I. Silva, Angélica Baptista. II. Oliveira, Maria Helena Barros de. III. Way, Patricia Von Der.

CDD 341.48

Elaborada por Selma Matos / CRB-5: BA-001001

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n – Campus de Ondina
40170-115 – Salvador, Bahia / Tel.: +55 71 3283-6164
edufba@ufba.br / www.edufba.ufba.br

À saudosa Marise Freitas Alves, pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos (DIHS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), que está conosco nesta obra.

Agradecimento

Agradecemos ao deputado federal David Michael dos Santos Miranda (*in memorian*) que apoiou a confecção deste livro.

[...] todos estamos mergulhados numa transição planetária. A ciência, a tecnologia e o mercado estão redesenhando os limites daquilo que é e será um corpo humano vivo. Hoje, esses limites não se definem apenas em relação à animalidade e àquelas que têm sido até agora consideradas como formas infra-humanas da vida (os corpos não brancos, proletários, não masculinos, trans, deficientes, doentes, migrantes...) e, mas também em relação à máquina, à inteligência artificial, à automatização dos processos de produção e reprodução (Paul B. Preciado, *Um apartamento em Urano: crônicas da travessia*, 2019).

SUMÁRIO

17 **Apresentação**

19 **Deus é Rainha**

Parte I. **As relações de trabalho e a saúde do trabalhador**

Capítulo 1

25 **A metamorfose do trabalho de cuidado:
contribuições para um debate político**

Fernanda Angelica Albuquerque da Silva

Luciana Gomes

Rita de Cássia Santos Freitas

Capítulo 2

41 **Diversidade na saúde:
acolhimento e relações de trabalho no SUS do Tocantins**

Francisco de Assis Neves Neto

Marcos Besserman Vianna

Cristina Silvana da Silva Vasconcelos

Capítulo 3

59 **As mais precárias dentre os precários:
saúde do trabalhador, gênero e pandemia**

Maria Rita Albuquerque Moura

Luciana Gomes

Parte II. **Desafios nos cuidados de saúde da população LGBTQIAPN+**

Capítulo 4

77 **Barreiras enfrentadas pela população travesti e transexual no acesso à saúde**

Lazara Aparecida Rodrigues Penedo

Isabele Barboza Moura

Capítulo 5

91 **Os desafios da maternidade para mulheres lésbicas por meio de técnicas de reprodução humana assistida no Brasil**

Bianca Lopes Bragança

Patrícia da Silva Von Der Way

Capítulo 6

109 **Sexo seguro entre vulvas: o que tem pra hoje?**

Talita Mara Maia Tavares

Julaina de Farias Mello Lima

Capítulo 7

123 **O segundo armário dos homens *gays* que vivem com HIV**

Diego A. Rivas dos Santos

Thiago Silva Torres

Parte III. **Direitos humanos, violências e vulnerabilidades de gênero**

Capítulo 8

- 141 **História da militância lésbica:
memórias de uma velha militante lésbica**

Yone Baptista Lindgren

Márcia Brito

Wanessa Beltrão

Capítulo 9

- 149 **A homossexualidade nas forças armadas brasileiras:
um problema ou um direito à igualdade?**

Luís Miguel da Silva Ricardo

Georges Daniel Janja Bloc Boris

Capítulo 10

- 167 **A Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**

Lara Daniel Grigorovski

Capítulo 11

- 183 **A vulnerabilidade das vulnerabilidades: um olhar sobre meninas e mulheres
em situação de rua e o cuidado no SUS em tempo pandêmico**

Ana Luísa Pinho Pinto Ferreira

Angélica Baptista Silva

Capítulo 12

- 201 **Características da violência interpessoal em adolescentes notificadas
no município de Angra dos Reis-RJ, 2009-2017**

Michele de Oliveira Soares

Rita de Cássia Vasconcelos da Costa

Vania Reis Girianelli

Capítulo 13

- 215 **Envelhecimento feminino, menopausa e medicalização no Brasil: uma questão de direitos humanos**

Lizanka Marinheiro

Amanda Carvalho

Vanessa Lemos da Costa Soares

Capítulo 14

- 227 **Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro de 2001 a 2019: causas e tendências**

Noelle Juliana Melo de Paula Moreira

Vania Reis Girianelli

Rita de Cássia Vasconcelos Costa

Parte IV. Empoderamento por meio da educação e das tecnologias da informação e comunicação contra a exclusão social

Capítulo 15

- 247 **Do direito à informação à educação integral na adolescência: o ensino de reprodução humana no Brasil**

Beatriz dos Santos Melo

Débora de Aguiar Lage

Capítulo 16

- 263 **Tecnologias da informação decoloniais: desafios para o *design* nas perspectivas interseccionais e feministas na Interação-Humano-Algoritmo (IHC)**

Elen Nas

Renata Frade

Capítulo 17

- 279 **Ecology of care: participatory design and the importance of user involvement. When new technologies are designed and developed**

Mette Juel Rothmann

Pernille Kjærgaard Christiansen

Jane Clemensen

- 299 **Sobre os autores**

APRESENTAÇÃO

A finalidade desta publicação é evidenciar temas emergentes nas áreas de gênero, sexualidade e direitos humanos na saúde, com enfoque no Brasil e na América Latina. Parte dos capítulos origina-se dos trabalhos de conclusão do curso de Pós-Graduação em Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos ofertada pelo Departamento de Direitos Humanos (DIHS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), entre 2018 e 2023. Adicionalmente, estendeu-se convite a especialistas de variados campos do saber para abordar temas essenciais evidenciados pelos editores.

A obra *Direitos humanos e saúde: gênero e sexualidade em vozes insurgentes* encontra-se estruturada em 17 capítulos, distribuídos por quatro eixos temáticos. Cada eixo compreende manuscritos redigidos por doutores em Saúde Pública e em outras esferas do conhecimento científico, propiciando que temas essenciais e emergentes da diversidade de gênero e sexualidade possam ser aprofundados, buscando criar assim uma cultura em torno dessa temática fundamental na perspectiva dos direitos humanos.

Começamos esse percurso com poesia e reflexão no texto *Deus é Rainha* para apresentar questões relacionadas às diversidades de gênero e sexualidade no âmbito da saúde.

O primeiro eixo temático, intitulado “As relações de trabalho e a saúde do trabalhador”, compreende três capítulos. No primeiro capítulo, os autores abordam um debate político acerca das transformações no trabalho na área da saúde. No capítulo seguinte, apresenta-se uma análise sobre iniciativa governamental, abordando o tema diversidade de gênero junto aos profissionais da saúde em um estado na região amazônica brasileira. Esse eixo se encerra com capítulo que apresenta a saúde ocupacional e a pandemia da covid-19 sob a ótica dos estudos de gênero.

Segue-se o segundo eixo temático, denominado “Desafios nos cuidados de saúde da população LGBTQIAPN+”, com quatro partes que exploram: os entraves enfrentados pela população transgênero no acesso à saúde; direitos reprodutivos e a reprodução assistida sob a perspectiva dos direitos humanos, com enfoque na maternidade lésbica; quais são as atualidades práticas de sexo seguro lésbico;

e termina com capítulo desenvolvendo uma reflexão atual sobre as vivências de homens *gays* portadores de HIV e o estigma relacionado a seu cotidiano.

O terceiro eixo, “Direitos humanos, violências e vulnerabilidades de gênero”, prolonga-se em sete partes. Inicia-se com relato sobre a trajetória da militância lésbica no Brasil e uma exposição sobre a homossexualidade nas Forças Armadas. As demais temáticas incluem um estudo sobre estratégias de combate à violência contra a mulher para a construção de redes de proteção. Segue-se capítulo que apresenta um olhar sobre as meninas e mulheres em situação de rua e seu atendimento no sistema de saúde público durante a pandemia da covid-19; um estudo quantitativo acerca das características da violência interpessoal entre adolescentes em zona rural; um texto que aborda a menopausa e a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) sob uma perspectiva ampla para além do modelo biomédico; e o eixo finaliza com um panorama da mortalidade materna no Rio de Janeiro num período de 18 anos.

O último eixo, “Empoderamento por meio da educação e das tecnologias da informação e comunicação contra a exclusão social”, está dividido em três partes. Começa apresentando um protocolo de revisão integrativa sobre o ensino da reprodução humana no nível primário da educação. *Design* feminista e ecologia do cuidado na saúde constituem os temas dos dois últimos capítulos desta obra. Ambos fornecem uma descrição detalhada do novo paradigma da ecologia do cuidado e das alterações necessárias nos processos de cuidados em saúde sob a perspectiva de gênero. O texto elucida como o *design* participativo em saúde digital pode impulsionar uma alteração substancial nos procedimentos de trabalho, na mentalidade e no comportamento, e qual é o protagonismo feminino nessa proposta de direitos humanos.

Acreditamos na estratégia da educação como prática libertadora e de empoderamento para todas as pessoas. Como resultado, esperamos com esta obra ter contribuído no campo dos direitos humanos e da saúde coletiva para a promoção do conhecimento acadêmico pela publicização de trabalhos científicos que trazem à tona vozes insurgentes na luta pela igualdade de tratamento e contra todas as formas de discriminação.

DEUS É RAINHA

Luiz Carlos Fadel De Vasconcellos

Não, aqui não estamos frente a um tema religioso.

Talvez, com alguma aproximação epistemológica, poderíamos dizer que isto é um tema da Fé. Fé nos direitos humanos.

Fé na ciência, talvez, com alguns ajustes.

Em qualquer delas, Deus é Rainha.

Em Deus, não o das religiões, mas o dos direitos humanos, jamais caberia um Deus que não fosse Rainha. Por isso, Deus é Rainha.

Em matéria de ciência, somente abelhas podem comprovar que a geleia real serve à Rainha (Deus) para que Ela siga o seu itinerário de criação.

Em seu 1º dia de Labor, a Rainha (Deus), já anunciando que o trabalho é o elemento central da vida, antes, durante e depois, inventa o Céu. Não só o céu azul e rosa como pretenderão os bicolores, mas o céu eternamente grávido de arcos-íris.

Em seu 2º dia, Ela-Deus-a Rainha, gabada de um céu plural, multicolor, como sempre havia idealizado antes de se tornar rainha, inventa a Terra.

A Mãe, a Mãe-Terra, pois.

Com seu próprio corpo, Rainha que é, pisa no céu para que de seus pés brote a terra.

Artérias e veias de seu corpo prolongadas vão gerando trilhas, veredas, caminhos, alamedas.

De seu corpo prolongado, agora terra, faz-se a terra verdejante.

Seus pelos e cabelos longos favorecem-na de árvores e arbustos. Certa de que seu corpo se liberta por onde pisarão seus pés, germinam e crescem todos os alimentos que favorecerão a todos, indistintamente, sem distinção de raça, gênero, etnia, origem, convicção religiosa e munidos de uma só Fé: a Fé na Mãe-Terra.

Em seu 3º dia, laboriosa e convicta de estar criando um planeta humano, Ela-Deus-a

Rainha inventa o Mar.

Sua nova invenção – o Mar – nasce de seu suor e de suas lágrimas por achar que um

dia sua criação maior – a criatura humana – poderá negar a sua própria essência

humana, com a guerra,

a violência, o ódio, a discriminação, o estigma, o preconceito

e tudo aquilo que negaria seu desejo.

Ao desvendar-se aquífera sereia, serena, do reino das águas de seu próprio corpo,

transformado em mar, põe-se a banhar-se em vastos oceanos. De seus toques sutis

vão brotando as criaturas do mar

que povoarão todos os oceanos. Ela-Deus-a Rainha reinventa-se Iemanjá

determinada. As ondas de sua criação deverão ser ondas

de acolhimento para todos os navegantes.

Ninguém será desprovido de seu barco.

No 4º dia, Ela-Deus-a Rainha colhe do mar, em suas mãos,

algumas das suas criaturas e os distribui pelos caminhos da

Mãe-Terra. Inventa, então, os outros animais, e dá um toque de vento com seu

sopro para distinguir todos os pássaros.

Reservou, com expectativa e uma certa apreensão, o 5º dia, para sua mais grandiosa

invenção: a criatura humana.

Beijou a Mãe-Terra, beijou suas mãos, beijou pássaros,

peixes, o vento e a fez. Orgulhosa de sua majestosa criação, Ela-Deus-a Rainha,

temeu por ter falhado em alguma coisa.

Sentia que faltava algo.

Mas já não haveria tempo de voltar atrás.

Tudo já estava posto em seus lugares carinhosamente planejados.

Ainda desconfiada, ao final do 5º dia,

inventou o Amor para tentar corrigir alguma falha.

Sentiu, entretanto, que ainda não era suficiente.

Pensou, descansou, adormeceu e se preparou para o dia seguinte.

No 6º dia, provavelmente um sábado, inventou o que poderia ser um instrumento desfalhador – algo que pudesse reparar as falhas da Rainha-Deus: os direitos humanos.

Seu 7º dia programado para que chegasse gloriosa
ao fim de sua missão teve que esperar.

E continua tendo... que esperar....

Deus é Rainha e continua atenta, paciente, tolerante, observadora, serena, afetuosa,
aconchegante, no 6º dia.

Talvez sentada, talvez deitada, talvez em pé.

Seu 7º dia ainda não chegou, mas Ela mantém a calma.

Sabe que sua missão está incompleta, mas também sabe que alguns com uma Fé
inabalável nos direitos humanos
continuarão perseverando.

Parte I

AS RELAÇÕES DE TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR

Capítulo 1

A METAMORFOSE DO TRABALHO DE CUIDADO

contribuições para um debate político

Fernanda Angélica Albuquerque da Silva

Luciana Gomes

Rita de Cássia Santos Freitas

Introdução

O cuidado é essencialmente necessário para a reprodução da vida humana em suas diferentes fases, é um trabalho que abrange tarefas primordiais para manter-nos vivos. Assim, podemos situá-lo como uma atividade que envolve dedicação, responsabilidade e dispêndio de tempo para a manutenção da vida dos sujeitos. Esse trabalho reprodutivo é majoritariamente exercido pelas mulheres, sendo elas as principais referências nos cuidados de familiares. Na verdade, o que estabelece a responsabilidade do cuidar ser inerente à população feminina são as determinações históricas baseadas no patriarcado-capitalismo. Embora esse papel ao longo da história estivesse a cargo exclusivo das mulheres nas diferentes formas de sociedade, foi a partir do século XVIII, com o advento da nova organização social

que instituiu o sistema capitalista de produção fundado na propriedade privada e expropriação dos meios de produção, que o trabalho reprodutivo foi determinado como um trabalho por “amor”.

À medida que o sistema metabólico do capitalismo separa as esferas da produção e reprodução social, bem como o trabalho assalariado e o trabalho não remunerado, modifica-se toda a forma de vivência humana. Embora seja por meio das diferentes dimensões do trabalho simultaneamente que alcançamos a satisfação das necessidades humanas, o capital e a sua dinâmica de acumulação hierarquizam o trabalho produtivo em detrimento do reprodutivo (trabalho doméstico e de cuidados) em uma busca incessante pelo lucro. Mas o movimento é contraditório, quando a lógica de acumulação se choca com as demandas sociais e econômicas, o capitalismo incorpora as mulheres, assim como o trabalho reprodutivo no mundo mercantil.

Neste capítulo, analisamos algumas dessas questões, com foco nos desdobramentos que o trabalho reprodutivo tem sofrido diante da sociedade de classes. Na primeira parte, são destacadas algumas mudanças históricas ocorridas na dimensão do trabalho – assalariado e não remunerado –, articulando sobre a desigual divisão sexual do trabalho. Isso permite compreender, na segunda parte, o frequente conflito entre o trabalho assalariado e as responsabilidades do cuidar nas relações sociais, como também a crescente crise global da desigualdade.

O trabalho produtivo e reprodutivo

O trabalho é o eixo fundamental para a produção e reprodução da sociabilidade humana, concomitantemente, o conjunto dos trabalhos pago e não pago é o que promove a satisfação das necessidades de sobrevivência dos seres humanos. Sem os recursos monetários pela via do salário, bem como os recursos que envolvem a reprodução dos cuidados, não há continuidade da vida na sociedade moderna.

O que se percebe nas relações sociais é a insistência em ignorar e ocultar o trabalho não pago (reprodutivo). Por sua vez, o capitalismo usa dessa força de trabalho não remunerada para dar sustentação ao sistema e continuidade na acumulação da riqueza socialmente produzida. Os serviços realizados no âmbito privado são essenciais para a manutenção da vida, atendendo demandas especificamente humanas que garantem o bem-estar, além de prestar todo apoio para a classe trabalhadora que vende sua mão de obra para o mercado. Para que o trabalhador esteja

em condições de prestar seus serviços laborais, alguém precisa realizar o trabalho “secundário”, educar os filhos, cuidar dos idosos, de pessoas dependentes, preparar o alimento, lavar as roupas, cuidar da casa etc. Isso significa que o trabalho reprodutivo é baseado na exploração sobre o aspecto de gênero, no qual se nega o salário.

No século XIX, as feministas já denunciavam e lutavam contra as desigualdades no âmbito do trabalho e suas implicações nas relações sociais de sexo. A exploração das mulheres no capitalismo, seja no trabalho produtivo e/ou reprodutivo, é o que mantém a sociedade em movimento. Pode-se perceber que é a partir do processo de assalariamento no modo de produção capitalista, no qual se institucionaliza a organização social e sexual do trabalho, que o trabalho reprodutivo toma o lugar da subalternidade e insegurança, descaracterizando-o como um tipo de trabalho. De acordo com as autoras Ávila e Ferreira (2014, p. 14), essa configuração está associada a termos que relacionam “homens/produção/esfera pública e mulheres/reprodução/espço privado [...]”, princípios hierárquicos que qualificam a “primeira como sendo da ordem da cultura e a segunda como sendo da ordem da natureza”. Assim, o trabalho doméstico e de cuidado, além de ser transformado em atributo natural das mulheres, foi subsumido à descaracterização como relação de trabalho. Se essa imensa carga de trabalho não remunerada fosse justificada, considerando-a como uma atividade natural e o “dom divino da mulher”, não seria necessário discutir as contradições dessa organização social, nem mesmo intervir nas múltiplas formas de perigo e desproteção social que causaria na população.

É evidente que as relações sociais são determinadas por processos histórico-culturais e se materializam concretamente no cotidiano. Nossas vivências são imbricadas por relações de trabalho pré-estabelecidas, e não são a-históricas, tampouco a-sociais. São fatos que integram uma realidade contraditória e desigual da sociabilidade burguesa. Portanto, as desigualdades são produtos de acontecimentos históricos em um dado período do tempo e permeiam as vastas áreas da vida social até o modo presente.

As relações sociais de sexo na esfera do trabalho: uma perspectiva histórica

Sem dúvida, é possível perceber que as hierarquias de classe, raça e gênero foram fatores que antecederam o capitalismo. Contudo, é na era do capital que se potencializa a exploração e subordinação de determinados grupos por meio da

organização econômica capitalista. Aliás, é importante ressaltar a interlocução entre o patriarcado e o capitalismo, haja vista que nem todas as sociedades foram organizadas pela hierarquia de sexo nem mesmo pela classificação de trabalho produtivo e reprodutivo.

O patriarcado advém da vertente sexual das relações sociais, é apresentado no predomínio de autoridade e poder dos homens sobre as mulheres com o objetivo de dominá-las em todas as áreas da vida. Esses fatores perpassam o âmbito privado (espaço doméstico) e se instauram na sociedade civil como um todo (instituições), sendo, portanto, de relevância pública. Dito isso, o fenômeno do patriarcado é expresso também em caráter político, uma vez que coloca sob o domínio dos homens a liberdade das mulheres nas diferentes esferas da vida social. Pateman (1993) faz uma interlocução do patriarcado no campo político por meio do *contrato social*. A criação da sociedade moderna, o Estado, a legislação civil e a legitimidade do governo civil moderno organizam as relações sociais com a liberdade dita “universal”, contudo, não existe participação das mulheres por meio da política de contrato, tornam-se objeto de sujeição. O contrato do casamento do século XIX, por exemplo, sustenta a dominação dos homens sobre as mulheres na forma do direito patriarcal.

Com a instituição do modelo familiar burguês na sociedade moderna, calcado na cultura política patriarcal que difere as relações de poder/dominação entre homens e mulheres, torna-se clara a divisão do que é da esfera pública e privada, sendo a última considerada constitutiva da condição feminina. As mulheres foram aprisionadas no espaço doméstico/do cuidado/pela dependência, enquanto os homens ganharam seus espaços no trabalho remunerado/nos direitos/ liberdade. Esse marco histórico consolidou a divisão sexual do trabalho e tratou do cuidado como uma atividade sem valor de troca, “[...] deixando-o exclusivamente na Reprodução Social, de modo a não reconhecê-lo na qualidade de necessidade ontológica do ser social” (Passos, 2018, p. 73).

No Brasil, a instauração da divisão sexual do trabalho se deu de forma específica, condicionada aos seus determinantes econômicos e culturais, dada a posição do país na ordem capitalista mundial. Considerando que o processo de industrialização manifestou-se de forma tardia, as forças produtivas que sustentavam a sociedade eram realizadas em grande parte pelo latifúndio aliado à escravidão. A economia do século XIX tinha como base a agricultura exportadora, sendo exercida pelo trabalho escravo nas grandes propriedades e fazendas, como também

por grupos sociais de “homens livres” que detinham um pedaço de terra onde produziam alimentos e as mulheres realizavam os trabalhos caseiros, dos animais domésticos, das plantações e da colheita (Alves, 2013).

A família brasileira, inicialmente pelo meio rural, garantia seu sustento pelo trabalho tanto dos homens quanto das mulheres no espaço doméstico, sendo ambos reconhecidos como essenciais para a manutenção da casa, e assim se contrapunha com a ideia de inferioridade e desvalorização do trabalho reprodutivo realizado pelas mulheres sob a égide do mercantilismo. A organização familiar na sociedade colonial seguia padrões patriarcais e valores tradicionais ligados à Igreja Católica, como também assumiam funções de produção e reprodução econômica. “A ‘grande família’, hipertrofiada e multifuncional, englobava todos numa mesma unidade econômica, ‘centro e núcleo da vida social’, ‘força social que se desdobrava em força política’, verdadeira ‘aristocracia rural’” (Mattoso, 1992, p. 142).

Portanto, os valores que impulsionavam a relação sociofamiliar entre homens e mulheres do ponto de vista econômico eram mutuamente considerados importantes e complementares no seio da família, assumindo uma função de unidade produtiva.

Com a abolição da escravidão no Brasil, surgem novas formas de trabalho extraídas pela mão de obra livre, abrindo caminhos para o processo de industrialização. A transferência da vida do campo para as cidades trouxe mudanças na organização familiar, em diferentes núcleos como as famílias de classe média, os subproletários, a construção das favelas com os recém-libertos e assim, fazendo surgir uma nova sociedade. E mais, conforme as relações capitalistas avançavam, as transformações no cotidiano da vida privada também sofriam influência da ofensiva ideológica do capital, cujo objetivo era moldar os comportamentos pessoais, os costumes, os valores para uma reintegração social “ajustando” o indivíduo de forma a adequá-lo às imposições do novo modelo de sociedade. Logo, a transformação social ocorria por meio das relações econômicas e nas subjetividades dos sujeitos, única maneira de progresso para a nova ordem societária. Os ajustamentos sociais vieram acompanhados de um conservadorismo extremado associado ao liberalismo e ao patriarcado pelo viés do Império português, haja vista que o Brasil ocupava a posição de colônia do mercantilismo português.

Portanto, a mudança do modo de produção, bem como a organização da família moderna, utiliza-se dos princípios patriarcais para legitimar a divisão sexual do trabalho, afirmando o espaço privado/doméstico como condição natural das

mulheres, atribuindo-as à realização de atividades essencialmente reprodutoras. O espaço de produção domiciliar que contribuía para a renda familiar torna-se, então, trabalho não remunerado, e os indivíduos escalados para realizar esse tipo de trabalho “subalterno” serão as mulheres.

Não obstante, conforme necessidade de expandir o capital, as mulheres foram convocadas a trabalhar nas indústrias em determinadas ocupações, cumprindo certos tipos de trabalho considerados femininos como fonte de mão de obra barata. Nesse sentido, a inserção das mulheres no mercado de trabalho será feita de forma extremamente desigual e em condição de desvantagem, uma vez que acumulariam o trabalho precário no âmbito institucional e o trabalho doméstico na esfera privada, dando base para o capitalismo extrair o máximo de trabalho excedente. De fato, quando as mulheres ocupam os postos de trabalho torna-se um incômodo para o segmento conservador, inclusive os próprios maridos, em razão da “lacuna” que ficaria nos serviços domésticos, assim como a possibilidade de independência financeira que colocaria em risco o casamento. A família nuclear, seguindo os pressupostos dos ideários burgueses, buscava a todo custo aprisionar a mulher no espaço do lar e moldá-la para apenas uma hipótese de futuro: tornar-se esposa e dona de casa. Como observou Rago (1997, p. 63-64):

Vários procedimentos estratégicos masculinos, acordos tácitos, segredos não confessados que tentam impedir a livre circulação delas nos espaços públicos ou a assimilação de práticas que o imaginário burguês situou nas fronteiras entre a liberdade e a interdição.

Assim, não se abrem horizontes profissionais para elas, pois a educação em geral visa prepará-las para a carreira doméstica. Os próprios homens da classe trabalhadora confabulam no sentido de direcionar as mulheres “à esfera privada da vida doméstica”.

Uma chave para compreender as mudanças que o capitalismo criou com base na raça, classe e sexo é compará-las com a organização de outros tipos de sociedade. Fazendo um movimento histórico, na era do feudalismo, as mulheres exerciam o ofício de cultivo junto aos seus filhos nas terras comunais dos feudos e era delas a responsabilidade de garantir subsídios para o sustento familiar, assim como da sociedade. Dessa forma, seu trabalho era de grande relevância para a comunidade.

Não existia a separação entre a produção de bens e a reprodução da força de trabalho, ambos possuíam importância para o sustento da família.

As mulheres trabalhavam nos campos além de criar os filhos, cozinhar, lavar, fiar e manter a horta; suas atividades domésticas não eram desvalorizadas e não supunham relações sociais diferentes das dos homens [...] (Federici, 2004, p. 53).

Nas sociedades de caça e coleta, as atividades atribuídas aos homens e às mulheres não eram hierarquizadas, ambas contribuíam para a subsistência humana. Nessa organização social, as mulheres eram responsáveis por mais de 60% da provisão de insumos alimentícios para o grupo, haja vista que a atividade de caça não era confiável, podendo o grupo de homens voltar sem nenhuma proteína animal, enquanto a coleta de raízes, frutos e folhas realizada pelas mulheres era certa. Para tanto, a divisão sexual do trabalho nas sociedades de caça e coleta não se dava pela característica física do homem como ser de força, houve sociedades em que as mulheres caçavam, inclusive grávidas (Saffioti, 2015).

A posição social da mulher no capitalismo e a desigual divisão sexual do trabalho

Ao longo da história moderna, o debate sobre a igualdade dos sexos esteve sempre presente. O movimento feminista no interior do sistema capitalista impulsionou a organização das mulheres para questionar as estruturas de opressão a que eram submetidas no âmbito privado (familiar) e público (relações de produção). As mulheres operárias reivindicavam a liberdade da opressão exercida pelos homens, bem como seu reconhecimento como sujeitos políticos participantes da reprodução da vida social.

Na Europa do século XIX, as relações desiguais de sexo no trabalho das fábricas eram sustentadas pelas raízes patriarcais de desenvolvimento societário. Para além das condições degradantes no chão das fábricas, as mulheres eram submetidas à imposição de poder do homem pela via do salário. Como cita Marx (2013, p. 519), “antes, o trabalhador vendia sua própria força de trabalho, da qual dispunha como pessoa formalmente livre. Agora, ele vende mulher e filho. Torna-se mercador de escravos”. Pela legislação da época, as mulheres casadas não tinham

domínio sobre os salários pelos quais trabalhavam, não eram seres sociais portadores de direitos e, portanto, não existiam relações contratuais, ficando estas a cargo do homem, o chamado “salário familiar”. Foi apenas com a aprovação do Marriage Property Act (Lei do Regime de Bens no Casamento), em 1870, que essa condição chegou ao fim¹.

É a partir dessa crítica, o modo de produzir e reproduzir a vida no capitalismo, que compreendemos os aspectos da desigualdade nas relações sociais, sobretudo entre as classes. A divisão sexual do trabalho tem como resultado um processo de proletarização extremamente desigual para homens e mulheres, vistos até os dias atuais. A diferença salarial no mercado de trabalho, os afazeres domésticos não socializados com os homens e as responsabilidades de cuidado com familiares são fatores que retratam a mulher como sujeito principal de exploração.

Voltando às características do desenvolvimento proletário, no Brasil de 1872, a força de trabalho feminina, sob os dados do primeiro recenseamento, indicava que as mulheres representavam 45,5% da força de trabalho efetiva da nação, sendo que 33% desse total de mulheres estavam no setor de serviços domésticos (Saffioti, 1985). Cabe assinalar que esses dados são de um país ainda sob a forma de produção escravocrata/latifundiária em transição aos padrões exigidos pelo sistema capitalista mundial que instituiu a mão de obra livre (condição essencial para o desenvolvimento da sociedade de mercado). Nesse sentido, ocorrem as mudanças nas relações de trabalho no decorrer do século XX, transformando a agroindústria rural em relações capitalistas de produção por meio do contrato. Assim, a presença da mão de obra feminina no mercado de trabalho vai sofrendo alterações nos diferentes estágios de produção do capital, seguindo os padrões patriarcais de organização.

Saffioti (1985) apresenta ainda dados sobre a incorporação das mulheres nas atividades de trabalho entre as décadas de 1940 e 1960, a partir de recenseamentos gerais do Brasil produzidos pela Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE), conforme Tabela 1.

1 Ver: Fedeciri (2021, p. 142).

Tabela 1 – Incorporação das mulheres nas atividades de trabalho entre as décadas de 1940 e 1960 no Brasil

Setor de atividade	1940		1950		1960	
	H	M	H	M	H	M
PEA total %	11.958.96881,0 81,0	2.799.63019,0 19,0	14.609.79885,4 85,4	2.507.56414,6 14,6	18.597.16382,1 82,1	4.054.10017,9 17,9
Setor primário %	8.415.06887,0 87,0	1.310.62513,0 13,0	9.495.86593,0 93,0	758.3807,0 7,0	10.941.58090,0 90,0	1.221.47710,0 10,0
Setor secundário %	1.220.81880,0 80,0	297.61720,0 20,0	1.955.30183,0 83,0	391.56517,0 17,0	2.456.28983,0 83,0	506.87117,0 17,0
Setor terciário %	2.323.08266,0 66,0	1.191.38834,0 34,0	3.158.63270,0 70,0	1.357.61930,0 30,0	5.199.29470,0 70,0	2.325.75230,0 70,0
Não econ. ativas %	2.475.64327,3 27,3	11.803.60882,7 82,7	3.478.47717,9 17,9	15.962.15182,1 82,1	5.542.29521,2 21,2	20.567.90978,8 78,8
Taxa de atividade	82,8	19,2	80,7	13,5	77,0	16,4

Fonte: elaborada pelas autoras com base em Saffioti (1985).

Daí, percebemos o pequeno percentual das mulheres na População Economicamente Ativa (PEA), mesmo na era de crescimento das indústrias brasileiras; sobretudo no setor têxtil, que mais absorveu as mulheres, a presença delas nas atividades formais era muito inferior no conjunto dos trabalhadores. Consolidava-se a feminização das atividades não pertencentes ao setor mercantil, os cuidados. As tarefas não economicamente ativas entre 1940 e 1960 apresentam uma diminuição modesta da participação feminina nesse setor, que passa de 82,7% para 78,8%, contudo, ainda se sobressai a alta taxa de trabalho não pago executado pelas mulheres em comparação aos homens. Ora, se para atender as necessidades humanas no regime de produção capitalista a classe trabalhadora depende da venda de sua força de trabalho, as mulheres encontram barreiras em seu exercício profissional e na vida pessoal, uma vez que acumulam as formas de trabalho pago e não pago no âmbito das relações de produção e no espaço familiar. A elas, desde a gênese do trabalho assalariado, os obstáculos para conquistar os postos de trabalho estiveram presentes. Uma característica da trajetória profissional feminina é suspender as atividades laborais por uns anos para cuidar dos filhos nascidos, o que apresenta descontinuidades nos empregos em relação aos homens, tal situação influenciada pela herança da feminização do cuidado no trabalho reprodutivo.

Desse modo, o desenvolvimento pleno das atividades profissionais, assim como o bem-estar da vida pessoal das mulheres, é constantemente ameaçado pelas organizações de trabalho.

O trabalho de cuidado no Brasil

Tradicionalmente, prevalece a concepção das responsabilidades do cuidado serem uma atribuição feminina, fato que impõe barreiras para o desenvolvimento pleno das atividades laborativas, até mesmo a manutenção do trabalho remunerado das mulheres. Torna-se um desafio constante para as mulheres conciliarem a vida profissional e a vida familiar, especialmente pela desigualdade na distribuição dos afazeres domésticos entre homens e mulheres. Assim, quando tratamos sobre a garantia de direitos, sobretudo na política da previdência social, a grande parcela feminina que renuncia a vida pública ao trabalho doméstico não remunerado se vê desprotegida, haja vista que tal política é condicionada ao trabalho na sua relação formal, fundamentalmente regido por contratos legais que garantem ao trabalhador a qualidade de segurado. Embora as atividades que as donas de casa exerçam diariamente no espaço doméstico seja fundamental para a reprodução da vida na sociedade, toda essa carga de trabalho não é reconhecida, tampouco mensurada no Produto Interno Bruto (PIB) nacional. Contudo, esse tipo de trabalho não pago gera uma grande riqueza não contabilizada, concentra-se o capital por meio do apagamento do trabalho reprodutivo. Não é à toa que essa dimensão de trabalho tem sido negligenciada pela sociedade burguesa. É por meio dele que se expropria a maior extração de lucro fora do local de trabalho.

Tabela 2 – Média de horas semanais dedicadas a cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos por pessoas de 14 anos ou mais no Brasil, por regiões

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	16,8	16,3	17,1	17,3	16,2	14,8
Homens	11,0	11,2	10,5	11,3	11,4	9,7
Mulheres	21,4	20,6	21,8	22,1	20,2	19,0

Fonte: IBGE (2021).

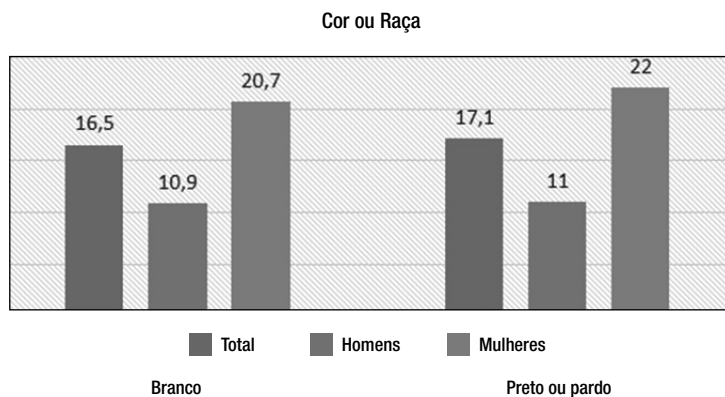
No Brasil, como um todo, o tempo dedicado ao trabalho doméstico e de cuidados, embora oscile nas diferentes regiões do país, em todas as localidades, quem mais o realiza são as mulheres, quase o dobro em relação aos homens (21,4 horas contra 11,0 horas). Considerando ainda o recorte por cor ou raça, percebemos que as mulheres pretas ou pardas possuem maior sobrecarga do trabalho reprodutivo, com a cifra de 22,0 horas semanais em 2019, enquanto mulheres brancas dedicaram 20,7 horas semanais a esse tipo de trabalho (IBGE, 2021). O uso do tempo tem sido um indicativo importante de análise sobre os impactos sociais e econômicos dos indivíduos, pois mostra a persistência de padrões patriarcais sob a divisão sexual do trabalho até os dias atuais.

Tabela 3 – Média de horas semanais dedicadas a cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos com recorte de cor ou raça

	Total	Homens	Mulheres
Branco	16,5	10,9	20,7
Pretos ou pardos	17,1	11	22

Fonte: IBGE (2021).

Gráfico 1 – Média de horas semanais dedicadas a cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos com recorte de cor ou raça



Fonte: IBGE (2021).

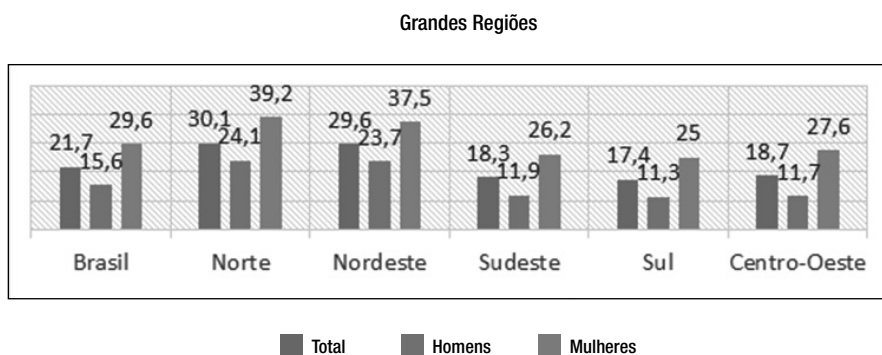
Por conta da desigualdade do tempo destinado aos cuidados das famílias, as mulheres tendem a procurar outras formas de trabalho remunerado, devido à pobreza do tempo e, consequentemente, tendo como resultado a diminuição do nível de renda, como também o não acesso aos direitos trabalhistas em virtude da fragilidade do vínculo empregatício.

Tabela 4 – Proporção de ocupados em trabalho por tempo parcial, na semana de referência (%)

	Total	Homens	Mulheres
Brasil	21,7	15,6	29,6
Norte	30,1	24,1	39,2
Nordeste	29,6	23,7	37,5
Sudeste	18,3	11,9	26,2
Sul	17,4	11,3	25
Centro-Oeste	18,7	11,7	27,6

Fonte: IBGE (2021).

Gráfico 2 – Proporção de ocupados em trabalho por tempo parcial, na semana de referência (%)

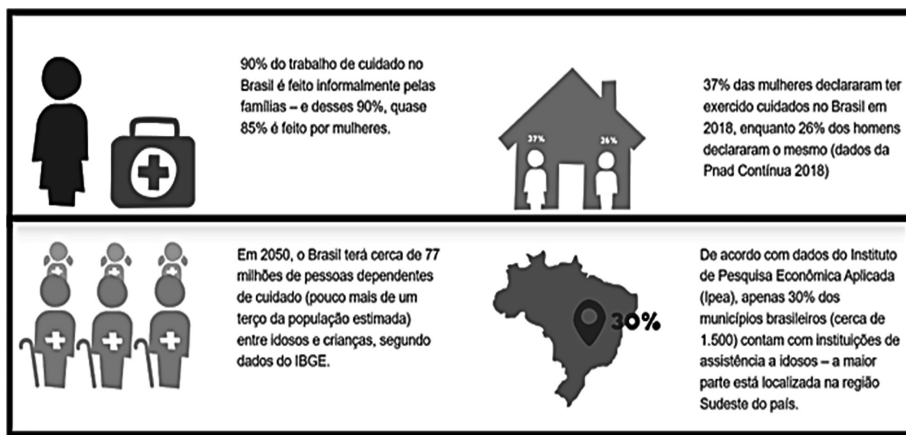


Fonte: IBGE (2021).

Cerca de 1/3 das mulheres estavam ocupadas em trabalho parcial – até 30 horas –, quase o dobro do verificado entre os homens (15,6). Certamente, esse fenômeno fortalece a naturalização e a superexploração das mulheres no trabalho, no sentido

mais amplo, dando continuidade à permanência delas nas camadas mais vulneráveis da sociedade na tentativa de acesso a uma renda precária.

Figura 1 – Brasil – É hora de cuidar de quem cuida



Fonte: Oxfam Brasil (2020).

Um aspecto importante no que se refere à cadeia do cuidado é a centralidade da família como instituição prioritária na execução das responsabilidades do cuidar. O cuidado como é tratado na sociedade brasileira produz uma crise de maneira geral. Considerando que essas funções estão vinculadas às mulheres no núcleo familiar, nelas é depositada toda a carga de trabalho não pago sem o suporte efetivo do Estado. O movimento feminista atua potentemente na defesa da construção de uma Política Nacional de Cuidados, que garanta uma cobertura maior de creches para as crianças, crie serviços públicos que auxiliem nos cuidados de crianças, idosos e pessoas dependentes, como também proteja e promova os direitos das mulheres a exercerem a maternidade de forma plena, com outras alternativas para a jornada de trabalho no mercado.

Para concluir

Analisamos, neste capítulo, o impacto das relações patriarcais capitalistas em um contexto sócio-histórico que define o trabalho apenas na sua forma produtiva/

monetária, colocando o trabalho reprodutivo no lugar da subalternidade e insegurança. Nesse sentido, surgem também as demandas relativas à desigualdade dos papéis entre homens e mulheres no mundo do trabalho, uma vez que o modelo tradicional da organização do cuidado, mais precisamente no sistema brasileiro, é atribuído às famílias, que são as principais responsáveis pelo bem-estar dos sujeitos, ou seja, individualizando as questões de interesse público.

Dessa maneira, afirmar o cuidado como constitutivo da categoria trabalho é reconhecer que este pertence à dimensão do trabalho “invisível” presente nas relações sociais. É reconhecer que essa tarefa é essencial para a manutenção da vida em sociedade. É desmascarar a exploração das mulheres diante da desigual divisão do tempo dedicado aos cuidados em relação aos homens. É promover a justiça diante da desigualdade de gênero. O caminho para a emancipação das mulheres em busca da equidade na participação da vida social é por meio da problematização do trabalho doméstico e de cuidados, que por séculos vem sendo um dilema na vida pessoal e profissional da população feminina.

É nessa perspectiva que consideramos a urgente necessidade de a sociedade brasileira avançar na estruturação de políticas públicas que protejam e promovam qualidade de vida às pessoas que dependem de cuidados, como também às que cuidam.

Referências

- ALVES, A. E. S. Divisão sexual do trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 271-289, maio/ago. 2013.
- ÁVILA, M. B.; FERREIRA, V. (org.). *Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres*. Recife: SOS Corpo, 2014.
- FEDERICI, S. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Tradução Coletivo Sycorax. São Paulo: [s. n.], 2004.
- FEDERICI, S. *O patriarcado do salário: volume I : notas sobre Marx, gênero e feminismo*. Tradução Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2021.
- IBGE. *Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. (Estudos e Pesquisas – Informação demográfica e socioeconômica, n. 38).

MARX, K. *O capital: crítica da economia política*, livro I: o processo de produção do capital. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATTOSO, K. *Bahia, século XIX: uma província no império*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

OXFAM BRASIL. *Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade*, São Paulo, 2020. Documento informativo da Oxfam. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/forum-economico-de-davos/tempo-de-cuidar/>. Acesso em: 30 jan. 2020.

RAGO, M. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1830-1930*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

PASSOS, R. G. *Teorias e filosofias do cuidado: subsídios para o serviço social*. Campinas: Papel Social, 2018.

PATEMAN, C. *O contrato sexual*. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

SAFFIOTI, H. Força de trabalho feminina no Brasil: no interior das cifras. *Perspectivas*, São Paulo, v. 8, p. 95-141, 1985.

SAFFIOTI, H. *Gênero, patriarcado e violência*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

Capítulo 2

DIVERSIDADE NA SAÚDE

acolhimento e relações de trabalho no SUS do Tocantins

Francisco de Assis Neves Neto

Marcos Besserman Vianna

Cristina Silvana da Silva Vasconcelos

Introdução

A diversidade nem sempre foi discutida na sociedade, tampouco fazia parte das políticas públicas. Esse termo é relativamente novo, mesmo sendo a humanidade tão plural e diversa. Para Gomes (2017), na contemporaneidade, as mudanças oriundas da globalização capitalista aproximaram fronteiras, tanto físicas quanto no mundo virtual, que resultaram na intensificação das lutas contra as iniquidades sociais, para o enfrentamento do racismo, machismo, xenofobia, LGBTQIAPN+-fobia¹, intolerância religiosa, entre outros. Essas lutas fomentaram a discussão sobre a diversidade em sua real dimensão.

1 LGBTQIAPN+: Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticos/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticos, Não Binários e muito mais.

No campo da saúde, a diversidade e os direitos humanos é algo que preocupa, devido às iniquidades que alguns grupos sociais enfrentam cotidianamente, e isso acaba refletindo nas relações de trabalho e no acesso aos serviços de saúde. A Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (Agenda [...], 2006), em seu artigo 2º, traz como uma de suas prioridades o combate a todas as formas de discriminação no local de trabalho, em especial à discriminação de gênero, raça e etnia. Entretanto, é indispensável a necessidade de ampliar as possibilidades das discussões na saúde no que tange à pauta das diversidades sociais, da decolonialidade, letramento, entre outras.

O acolhimento durante as práticas de saúde é fundamental para a qualidade dos serviços ofertados. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH) preconiza a criação de espaços saudáveis e acolhedores, que respeitem a privacidade, com escuta qualificada, relações de confiança e vínculo entre as relações de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e entre os trabalhadores e usuários ou comunidade (Brasil, 2013). E para isso, a educação em saúde é fundamental. As práticas educativas de saúde estruturam o processo de trabalho e têm potencial transformador, sendo capazes de transformar uma ideia, uma consciência, uma mentalidade, um valor (Fundação Nacional de Saúde, 2007).

A diversidade é complexa, pois abrange questões sociais, econômicas, territoriais, de raça, religiosidade, sexualidade, entre outras formas como os sujeitos se relacionam. E toda essa complexidade deve ser respeitada de acordo com os princípios do SUS, que em seu artigo 7º prevê a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física, moral e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990).

Diante da problemática apresentada, surge o seguinte questionamento: como a aproximação com a temática da diversidade pode sensibilizar os trabalhadores da saúde para melhor acessibilidade dos usuários do SUS e nas relações de trabalho no SUS do Tocantins? Para responder tal questionamento foi necessário delinear os objetivos: contribuir com a difusão da diversidade entre os(as) trabalhadores(as) da saúde do estado do Tocantins; além de colaborar para reduzir os estigmas sobre a intolerância religiosa, racismo, LGBTQIAPN+fobia, sexismo, xenofobia e capacitismo; e refletir sobre o papel dos(as) trabalhadores(as) da saúde na garantia dos direitos de todos(as) os(as) usuários(as). Os objetivos foram pensados a partir da luta contra toda forma de intolerância, discriminação e preconceitos resultantes da corponormatividade, das diferenças raciais, religiosas, de gênero, étnicas e de

orientação sexual, presentes na sociedade e que refletem diretamente no SUS. O presente capítulo é de grande relevância devido à importância de ressignificar temas tão complexos, promovendo, assim, uma reflexão crítica em relação ao combate a todo e qualquer tipo de estigmatização, discriminação e opressão a grupos minoritários dentro da saúde do Tocantins.

Referencial teórico-conceitual

O Brasil é um país com extenso território, com diferenças significativas no clima, nas tradições, nas religiões, nas manifestações artísticas, nas crenças, nos saberes e costumes. As sociedades estão em constantes mudanças socioculturais e econômicas, e essas transformações alteram as vidas dos indivíduos em toda sua singularidade e diversidade, tornando o povo brasileiro ainda mais plural e diverso.

Diante de um país formado por povos tão heterogêneos, as relações sociais são muitas vezes marcadas por conflitos. Contudo, em pleno século XXI, pensar o diferente como algo errado, pecaminoso, defeituoso é no mínimo aético, imoral e ilegal. Principalmente se essa atitude vier de profissionais, setores ou equipes da/ de saúde, pois todo(a) e qualquer trabalhador(a) do SUS deve ser neutro(a) e pautar sua prática laboral a partir dos princípios e diretrizes do SUS, não fazendo com que o espaço físico da saúde seja uma extensão de sua casa ou de instituição religiosa.

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 1990, prevê em seus princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia das pessoas, a defesa de sua integridade física e moral e a igualdade na assistência sem preconceito de qualquer tipo, entre outros. Com base nisso, qualquer ação discriminatória vai de encontro aos princípios e diretrizes do SUS.

A discriminação é conceituada por Massignam, Bastos e Nedel (2015) como uma resposta comportamental ao estigma e/ou preconceito. É uma conduta que causa prejuízos a grupos sociais entendidos como inferiores, enquanto grupos dominantes se forjam como donos da verdade e da virtude. Em relação à conduta do trabalhador da saúde, essa ação discriminatória pode acarretar prejuízos à saúde tanto nas relações de trabalho quanto ao usuário dos serviços de saúde. Travassos e Bahia (2011) trazem que a discriminação nos serviços de saúde impacta diretamente na melhoria da efetividade e da equidade no SUS.

Vale ressaltar que comportamentos discriminatórios no contexto do trabalho podem ser classificados como assédio moral ou sexual e devem ser enfrentados e investigados como tal. De acordo com Barreto e Heloani (2015), o assédio pode se iniciar com um ato de intolerância ou racismo e se transformar em perseguição, isolamento, negação de comunicação, sobrecarga ou esvaziamento de responsabilidades, podendo trazer prejuízos psicológicos significativos para quem sofre. As estruturas de opressão, tal como racismo, machismo e capacitismo, são a base das violências que ocorrem nos serviços de saúde, sendo marcadores de sofrimentos e adoecimentos das populações que não se enquadram no modelo brancocisheterossexual reforçado na sociedade.

A fim de reduzir os estigmas e a discriminação nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou, no ano de 2009, a PNH, que em suas diretrizes traz a sensibilização das equipes de saúde durante suas práticas, para combater o preconceito e fomentar o respeito às diferenças (Brasil, 2009).

A PNH estimula a comunicação entre os gestores, trabalhadores da saúde e os usuários, objetivando colocar em prática os princípios do SUS e enfrentar as relações desiguais de poder, por meio da comunicação entre os atores sociais envolvidos, e conceitua humanização como a valorização dos diversos tipos de sujeitos, envolvidos nos processos de produção de saúde (Brasil, 2010).

Diante da amplitude do termo “diversidade”, tendo a realidade do Tocantins, foram selecionados temas com recortes em intolerância religiosa, racismo, LGB-TQIAPN+fobia, sexismo, xenofobia e capacitismo, por serem os problemas que ficaram mais evidentes durante as ações realizadas pelo Programa Diversidade na Saúde (PDS) da Secretaria da Saúde do estado do Tocantins (SES-TO) – o primeiro programa no Brasil desenvolvido por uma secretaria de estado da saúde para provocar reflexões entre os(as) trabalhadores(as) sobre a importância de se desconstruir práticas, falas e comportamentos preconceituosos e discriminatórios no SUS. Esse programa objetiva reforçar a cultura do respeito à diversidade na SES-TO. O PDS surgiu como resposta a uma decisão judicial, após um episódio de transfobia dentro da SES-TO, e, a partir de então, tem suas práticas pautadas na compreensão de questões relacionadas à diversidade no âmbito da saúde, promoção de espaços de discussão, reflexão e realização de ações que promovam a diversidade na SES-TO. O PDS tem como estratégia estar presente nos espaços de trabalho de forma constante, para que assim possa-se conhecer os setores e os(as)

trabalhadores(as) da SES-TO e criar estratégias para fomentar a diversidade nesses espaços no Tocantins.

Mesmo com o tema “diversidade” ausente nas políticas públicas e na esfera pública brasileira, existem políticas para grupos específicos, como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), o Estatuto da Igualdade Racial, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), entre outras. Mas a necessidade de colocar a diversidade na agenda pública e implementar uma política específica que fomente a diversidade é fundamental, visto que essas temáticas atravessam todos(as) envolvidos(as) na saúde, para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, pois populações marginalizadas por questões raciais, pela orientação sexual, pelo seu gênero ou sua condição física vêm sofrendo violências nos serviços de saúde.

A população LGBTQIAPN+ é alvo de preconceitos e de estigmas dentro da sociedade, e no âmbito da saúde esse quadro infelizmente se repete. O preconceito por parte da população e dos profissionais de saúde acaba por afastar e impedir o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde, colocando essa população em uma situação de maior risco, expondo-a aos mais variados problemas de saúde. Além disso, a população LGBTQIAPN+, devido à não adequação de gênero com o sexo biológico ou não tendo comportamentos estabelecidos socialmente para o que seria “homem e mulher”, e por não estarem dentro do padrão cisheteronormativo do que foi construído na sociedade, acaba com seus direitos humanos básicos violados, e muitas vezes se encontra em situação de vulnerabilidade. É preciso considerar que o próprio MS reconhece as identidades sexuais e de gênero como atravessadas por um processo complexo de discriminação e exclusão no que tange a fatores de vulnerabilidades, dentre eles “a violência do direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (Brasil, 2008). Desse modo, instituiu-se em 1º de dezembro de 2011, por meio da Portaria nº 2.836, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que tem por objetivo promover a saúde integral da população LGBTQIAPN+, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

A política tem sua marca no reconhecimento de que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde,

no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social a que está exposta a população LGBTQIAPN+.

Já o Estatuto da Igualdade Racial prevê o acesso da população negra, universal e igualitário, ao SUS, a fim de promover, proteger e recuperar a saúde dessa população. Infelizmente, democracia racial no Brasil ainda é um mito que permeia a sociedade. E mesmo amparada por um estatuto, a população negra ainda enfrenta discriminação nos serviços de saúde. As políticas de caráter afirmativo e de igualdade racial dão ênfase ao racismo institucional. Esse tipo de racismo dificulta que as populações discriminadas acessem os benefícios ofertados pelo Estado (Brasil, 2011).

A intolerância religiosa é outro tema pertinente quando discutimos diversidade na saúde. O Poder Judiciário do Tocantins conceitua a intolerância religiosa como uma manifestação de preconceito às pessoas que cultuam religiões diferentes. E infelizmente essa prática é comum nos serviços públicos, mesmo que a Constituição de 1988, em seu artigo 5º, torne inviolável a liberdade de consciência e de crença, assegurando o livre exercício dos cultos religiosos e garantindo, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e às suas liturgias (Rezende, 2020).

Grande parte dos discursos com cunho preconceituoso e intolerante no SUS vem de justificativas religiosas, como: “mas Deus fez o homem e mulher, a mulher tem que ser submissa, pois o homem é a cabeça da relação”, “meu Deus em primeiro lugar” etc. Foi naturalizado que a cura só se dá por um único Deus e uma única forma ou prática, porém o Tocantins é plural em religiões e grupos étnicos. Dialogar sobre as práticas de curas não convencionais ou não biomédicas ainda é um desafio. Tem-se a pajelança para os indígenas, o banho de pipoca ou doburu para os adeptos das religiões de matrizes africanas, um copo de água para os espíritos, entre outras. Abordar essas diferentes expressões religiosas com os profissionais de saúde ainda é algo que requer um desgaste de muita energia, pois, pelo fato de desconhecerem as diferentes possibilidades, acabam de alguma forma excluindo religiões que têm valores e são especiais na vida de quem acredita. Assim, reforça-se que é preciso respeitar e possibilitar que todas as manifestações religiosas sejam bem-vindas dentro das normas de segurança dos pacientes internados e profissionais, pois as práticas religiosas podem ter um papel transformador na vida daqueles que acreditam.

Vivemos relações complicadas do trabalho na saúde, pois é um campo complexo, impregnado de construções sociais que reforçam a visão biomédica como a

única possibilidade de resposta e cura (Nespolo; Merhy, 2018), como se as pessoas se resumissem apenas a questões biológicas. Outro público que merece atenção são as mulheres, uma vez que elas são a maioria da população brasileira e as que mais utilizam os serviços de saúde. Seja como pacientes, como acompanhantes e/ou cuidadoras. As causas de adoecimento e morte estão relacionadas à vulnerabilidade em que as mulheres mais pobres se encontram. Como no caso dos abortos realizados sem segurança, que podem levar à morte, e é causa de discriminação e violência institucional nos serviços de saúde (Brasil, 2004).

As profissionais mulheres são maioria no trabalho na saúde, e as questões de gênero também vêm à tona como relações de poder, machismo, violências, assédios moral e sexual, entre outros. Pensando nisso, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 230, de 07 de março de 2023, que instituiu o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde, para que sejam construídos coletivamente espaços, ações e outras políticas de valorização dessas profissionais em sua integralidade. O PDS está alinhado à proposta nacional, uma vez que ambos buscam modificar as estruturas discriminatórias que operam no trabalho na saúde, enfrentar os diversos tipos de violência e discutir a saúde mental, considerando as interseccionalidades no trabalho na saúde.

Segundo Barata (2009), as desigualdades sociais na saúde são um produto social, e a forma como as sociedades lidam com o processo doença-cuidado irá determinar e estruturar os acessos aos serviços de saúde. Como no caso da xenofobia, a qual tende a comprometer o acesso aos serviços de saúde, pois sabe-se que os imigrantes necessitam de atenção especial, devido às diferenças culturais, idioma diferente, falta de histórico médico, entre outros fatores que tendem a colocar essas pessoas em situação de vulnerabilidade (Rocha *et al.*, 2020).

Os determinantes sociais, os fatores socioeconômicos e culturais, étnicos e raciais, psicológicos e comportamentais podem levar a problemas de saúde e a fatores de risco para a população. E um dos principais desafios para diminuir as iniquidades em saúde é a qualificação dos(as) trabalhadores(as) da saúde, principalmente daqueles(as) que atuam com populações estigmatizadas pela sociedade (Buss; Pelegrini Filho, 2007).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), no âmbito do MS, criou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente, objetivando estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação dos trabalhadores da saúde, para que suas práticas estejam em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Já a nível

estadual, o Tocantins elaborou um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, com o intuito de aliar esforços, otimizar recursos e fomentar discussões sobre a EPS.

Para tanto, pautar as demandas e necessidades da população é o ponto de partida para melhoria do acesso aos serviços de saúde dos grupos estigmatizados pela sociedade. Mesmo sabendo das dificuldades para alterar as estruturas que compõem nossa sociedade, é importante fomentar o diálogo e a escuta ativa tanto com o trabalhador quanto com o usuário vítima de preconceito. Além de formação profissional para os(as) trabalhadores(as) da saúde, para discutir a discriminação e a produção das desigualdades sociais e seus efeitos nas populações (Massignam *et al.*, 2015).

Metodologia

Realizamos um projeto de intervenção, que, segundo Thiollent (2005), é o empenho que objetiva a resolução de um problema, sendo necessário para sua viabilidade a presença efetiva dos atores envolvidos na busca de resolver os problemas identificados e o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas para aproximação com o público-alvo, organizar a metodologia e posteriormente realização da intervenção nas oito regiões de saúde do estado do Tocantins com grupo de trabalhadores(as) que serão agentes multiplicadores.

Nessas oficinas foram utilizadas metodologias ativas, participativas e a ludicidade, considerando que esses elementos têm potencial reflexivo, de criatividade, de flexibilização e de humanização. Esse tipo de recurso poderá contribuir para inserir uma nova lógica no trabalho na saúde e simultaneamente dialogar com as percepções e concepções dos participantes sobre o tema pesquisado. Por fim, será aplicado um questionário de avaliação da oficina e distribuído o *folder* institucional do PDS.

A oficina

A oficina é um trabalho organizado em grupos que pode ser realizado em um ou mais encontros, com foco em questões que o grupo se propõe a elaborar, em um determinado contexto social (Afonso, [200-]). É um recurso metodológico e instrumento facilitador de transformação sociocultural. Optou-se pelo planejamento

flexível tendo dois caminhos possíveis: um deles foi planejar o encontro como um todo, detalhar cada passo até o fim; outra opção foi sentir o grupo e planejar passo a passo no decorrer da oficina (Luiz; Dal Pra; Azevedo, 2014).

Os atores envolvidos foram trabalhadores da saúde lotados na SES-TO, ETSUS e o PDS (facilitadores). Os materiais utilizados para realização das oficinas foram: cartolina, piloto, caneta e um formulário de avaliação construído anteriormente. Optou-se que as oficinas ocorressem no ambiente laboral para não desfaltar os trabalhadores e atrapalhar o fluxo nos atendimentos aos usuários.

1º MOMENTO

Com os participantes sentados em círculo serão disparadas as questões norteadoras:

- Você já teve a oportunidade de participar de rodas de conversas ou outra atividade que abordasse a diversidade?
- Você identifica em sua unidade problemas na atenção à saúde da população LGBTQIAPN+ ou problemas com intolerância religiosa, racismo, sexismo, xenofobia, capacitismo etc.? Quais?
- De que maneira a sua unidade acolhe e lida com as questões de saúde da população LGBTQIAPN+, pessoas portadoras de deficiência, religiosos, pessoas estrangeiras, idosos?
- Que estratégias podem ser construídas, a nível local, para enfrentamento das questões de saúde que afetam essas populações em sua unidade?

(As respostas podem ser anotadas e apresentadas nas cartolinas disponibilizadas).

2º MOMENTO

Após essa roda de conversa onde os profissionais debaterão sobre essas questões, será abordada pelos facilitadores a importância da comunicação, em seu sentido amplo, para o cuidado aos usuários, principalmente a essas populações, devido ao estigma sofrido nas suas relações de trabalho.

3º MOMENTO

Avaliação da oficina por meio do debate, para que os participantes falem:

- O que ficou da intervenção?
- O que foi, o que deveria ter acontecido?
- Por que aconteceu assim?
- E o que define esse momento em uma palavra?

A oficina piloto – relato de experiência das visitas aos setores do Hospital Geral de Palmas (HGP)

A partir da experiência no HGP foram estabelecidas as bases para proposição do projeto de intervenção em questão. As visitas ocorreram em setores entre os dias 25 de agosto de 2021 e 29 de dezembro de 2021.

Inicialmente era apenas uma visita para apresentação do PDS como resposta ao jurídico da SES-TO, devido às queixas referentes a intolerância religiosa, LGB-TQIAPN+fobia e racismo. Mas, ao analisar os relatos coletados durante as visitas, evidenciou-se a necessidade de realizar intervenção para o enfrentamento de problemas referentes ao desrespeito à diversidade.

A primeira visita foi no centro cirúrgico, por ter sido o local da violação de direito sofrida pela trabalhadora mulher trans autora da ação judicial (que inclusive foi um dos fatores que levaram à criação do PDS). A atividade teve início com a apresentação dos servidores estaduais do PDS. Logo de início escutou-se o seguinte relato de um enfermeiro do setor:

Quando a trabalhadora trans chegou para trabalhar no setor, os colegas tinham muita resistência quanto ao uso do banheiro, e a mulher trans encontrava resistência tanto quando utilizava o banheiro feminino quanto o masculino (Enfermeiro do Centro Cirúrgico).

Essa situação deixa clara a necessidade de ampliar a diversidade nos ambientes de trabalho, para que situações, como ter uma pessoa trans como colega de trabalho, sejam normalizadas e que o respeito às diferenças prevaleça.

A profissional discriminada é uma mulher trans, e em sua fala ela traz a importância de ocupar os espaços de trabalho. E de como a diversidade nesses ambientes tende a favorecer a representatividade e a esperança de que outras pessoas trans também ocupem esses espaços como profissionais de saúde e possam fazer a

diferença durante as suas práticas laborais e no atendimento aos usuários do SUS. Uma profissional do setor afirmou que se esse debate tivesse ocorrido antes da trabalhadora trans chegar, não teria gerado tanto adoecimento mental para a vítima e constrangimento para os integrantes da equipe, pois se percebe que a ausência de diálogo sobre o novo gera rejeição ao que nos é desconhecido.

Já no setor da portaria, ao apresentar o programa e falar sobre gênero, orientação sexual e identidade de gênero, a agente de portaria foi enfática ao falar: “Eu sou mulher! Graças a Deus! Deus me livre, gosto de homem, nada contra!!!”. Fica claro que essa trabalhadora da saúde não dissocia suas crenças e práticas sociais do seu processo de trabalho, e essa falta de neutralidade mostrou-se preocupante, já que o lugar que ela ocupa é a porta de entrada do serviço de saúde, ou seja, onde a comunidade e trabalhadores(as) têm o primeiro contato com o serviço de saúde.

No setor do ambulatório do HGP, o enfermeiro mostrou prontidão em nos receber, mobilizou e organizou as equipes que se mostraram interessadas pelo PDS e pelo tema diversidade. Fizeram questionamentos e relataram um caso em que atenderam uma paciente transexual, que não sabiam como abordar, como tratar ou até mesmo se dirigir à paciente trans. E relataram que seria importante para melhor atender essa população se houvesse um treinamento para os(as) trabalhadores(as), até mesmo para entender as demandas desses grupos. Durante toda a conversa ficou clara a importância de abordar a diversidade na saúde e de como o desrespeito ou não conhecimento pode impactar de forma negativa o atendimento aos usuários.

Em outro setor a questão do preconceito e da LGBTQIAPN+fobia foi evidente: “*Eu pensei que tu fosse sapatão, por causa do teu jeito, você tem um jeito bem masculino, e já até falei para você mesmo, né?*” (Enfermeira do HGP).

Essa fala causou constrangimento à profissional e aos demais. A ouvinte ficou ruborizada e não conseguiu disfarçar o quão desconfortável ficou. E foi preciso intervir:

Nós, enquanto trabalhadores da saúde, precisamos analisar e, se for o caso, discutir a conduta profissional do colega, e não a orientação sexual dela ou dele, o que tem em ser lésbica para relações de trabalho? Precisamos olhar para o paciente e trabalhador como alguém complexo e que nessa complexidade se faz necessário um olhar humanizado, sem preconceitos, sem julgamentos, com ética e com acolhimento (Coordenador do PDS).

No setor da oncologia foi mencionado por um trabalhador que é comum ver colegas com falas preconceituosas e machistas, e que ações educativas que tratem dessa temática são importantes para mudar a conduta de alguns profissionais. Ele relatou também que os(as) trabalhadores(as) nascidos no Maranhão sofrem piadas xenofóbicas cotidianamente, fato que os(as) deixa desconfortáveis.

No setor de emergência e na enfermaria, os trabalhadores relataram a importância do PDS para desconstrução de algumas práticas preconceituosas que acontecem no setor, tanto entre os trabalhadores quanto entre os trabalhadores e os usuários. O despreparo dos profissionais e o preconceito afetam a saúde mental dos colegas trabalhadores e dos usuários. Uma enfermeira da triagem relatou que:

Sempre vêm pacientes acompanhadas(os) das mães. E quando existe a necessidade em falar da sua sexualidade com as profissionais, não se sentem confortáveis e sentem medo de magoar a genitora, que já está fragilizada com o adoecimento da(o) filha(o). Essas situações geram dúvidas sobre as complexidades da sexualidade para todos os envolvidos. Inclusive para os trabalhadores que muitas vezes não sabem como se comportar nessas situações (Enfermeira da Triagem).

Outro ponto relevante durante as visitas foi a questão do capacitismo e a dificuldade de lidar com pessoas com deficiências no trabalho. Uma enfermeira relatou:

Já tivemos um paciente surdo, mudo e cego, e a equipe não sabia o que fazer, porque ele se contorcia todo, e terminou tendo que ser contido (amarrado) para sua própria proteção e proteção da equipe que estava tratando ele (Enfermeira da Unidade de Cuidados Intensivos).

Houve queixas entre os(as) trabalhadores(as) da assistência quanto à falta de qualificação específica por parte da SES-TO sobre a temática, e sobre o desconhecimento de políticas e programas específicos.

A pauta diversidade causa desconforto para alguns profissionais, pois falar sobre diversidade ainda é um tabu para muitos. Observou-se que a maior parte dos profissionais relacionam a diversidade apenas com as questões LGBTQIAPN+ e sexualidade, desconhecendo que a diversidade é muito mais ampla. Pode-se perceber durante as visitas a dificuldade dos profissionais de saúde em dissociar a comunidade LGBTQIAPN+ da pauta das Infecções Sexualmente Transmissíveis

(ISTs). A equipe da unidade enfatizou a todo tempo a importância de atender a todos com igualdade, e pouco demonstrou aprofundamento sobre o debate das iniquidades em saúde.

A pauta indígena também é uma questão que merece atenção, em um dos setores visitados tem três trabalhadores da etnia xerente, e trazer essa temática nas relações de trabalho é uma oportunidade de desconstruir muitas visões distorcidas dos povos originários que são tão presentes no Tocantins.

Resultados e discussão

Os debates com os trabalhadores trouxeram a necessidade de aprofundar mais as temáticas e ampliar as atividades de educação permanente em serviço. Nota-se que a abertura para a reflexão dos(as) trabalhadores(as) reflete o potencial de mudanças das práticas em serviço. Por outro lado, observou-se que alguns trabalhadores, em especial profissionais da medicina, estiveram alheios durante as visitas e aos encontros. Além de alguns trabalhadores que se ausentaram ao saber o tema a ser discutido pelo PDS.

Nesse sentido, é interessante o estudo de Paulino, Rasera e Teixeira (2019), os quais analisaram os discursos de profissionais de saúde no contexto da atenção básica, mas que pode ser relevante para a presente discussão. Os autores categorizam os resultados em:

- “Discurso da Não Diferença” quando os profissionais afirmam que não há diferenças entre as pessoas LGBTQIAPN+ e as demais pessoas do serviço;
- “Discurso do Não Saber” ocorre quando os profissionais afirmam não conhecer as demandas da população LGBTQIAPN+, usando como justificativa para não atenderem ou acolherem pessoas LGBTQIAPN+ no serviço; e
- o “Discurso do Não Querer” aponta os motivos pelos quais pessoas LGBTQIAPN+ não frequentam os serviços de saúde, como se fosse apenas por decisão própria, ignorando suas necessidades específicas e as barreiras de acesso a elas impostas.

A partir dessa análise, nota-se a minimização da realidade das diversidades sexuais e de gênero, que pode ser uma barreira no que se refere ao cuidado em

saúde dessas populações e vai em discordância com a perspectiva de determinação social da saúde.

Espera-se que a oficina de sensibilização possa colaborar com a redução dos estigmas sofridos pelas populações estigmatizadas, melhorando assim os serviços de saúde ofertados pela SES-TO.

É preciso construir pontes para alcançar de maneira ética e respeitosa todos(as) os(as) profissionais. O caminho é longo, mas é preciso não desistir, desconstruir algo que está impregnado na sociedade e nos(as) trabalhadores(as) da saúde não é fácil, mas por meio do diálogo e da educação é possível ter um perfil de trabalhador que olhe para os seus pares, ímpares e os usuários com respeito, sem julgamento e sem preconceitos.

O PDS tem um papel importante nas articulações de formação de trabalhadores, com parcerias com o Núcleo de Educação Permanente (NEP), setor de Humanização, entre outros, para juntos qualificar profissionais para além de questões relacionadas à diversidade.

Outra questão observada nos relatos foi a falta de comunicação entre os atores sociais envolvidos, fato que prejudica a assistência e o acesso da população aos serviços de saúde, pois a comunicação é um processo que exige troca mútua entre os atores envolvidos. Habermas (1988), em sua teoria da ação comunicativa, aborda a capacidade dos sujeitos sociais de interagir racionalmente para alcançar propósitos. O autor diferencia essa racionalidade em: comunicativa, que é emancipatória e fundamenta-se na solução de conflitos, por meio de um consenso, em que os sujeitos objetivam o equilíbrio de seus planos de ação; e a ação estratégica, que se orienta a partir de uma concepção utilitarista.

A interação social do profissional de saúde e o(a) usuário(a) deve fundamentar-se nesse agir comunicativo, na interação dialógica, na argumentação e no consenso que irá fomentar a autonomia desses atores sociais.

É preciso coragem para enfrentar um sistema que oprime e mata pessoas todos os dias. É importante pensar em estratégias para valorizar os(as) trabalhadores(as) e, assim, fomentar a humanização, a amorosidade, a afetividade e o respeito às diferenças.

Não basta reconhecer a diversidade, é preciso construir e efetivar políticas públicas de respeito e valorização dos(as) trabalhadores(as) e usuários(as) do SUS, numa perspectiva de inclusão social e respeito à diversidade em todo SUS.

Referências

- AFONSO, L. *Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. [Belo Horizonte], [200-]. 91 slides. Disponível em: http://professor.ufop.br/sites/default/files/danielmatos/files/oficinas_em_dinamica_de_grupo.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.
- AGENDA nacional do trabalho decente. Brasília, DF: [s. n.], 2006. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms_226229.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção temas em saúde). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- BARRETO, M.; HELOANI, R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 123, p. 544-561, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/Ssc7hLDWdns4BcYxMmS5fQF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 15 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.
- BRASIL. *Política nacional de humanização*. Brasília, DF, [s. n.], 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.
- BRASIL. Portaria Gm/Ms nº 230, de 7 de março de 2023. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 mar. 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html. Acesso em: 15 set. 2021.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de ações Afirmativas. *Racismo como determinante social de saúde*. Brasília, DF, [s. n.], 2011. Disponível em: https://siac.fpabramo.org.br/uploads/acaoinstitucional/Racismo_como_determinante_social_de_saude_2011.pdf. Acesso em: 4 jan. 2022.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: o HumanizaSUS na atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2021.

ETCHEVERRIA, R. C. F. *Análise da viabilidade da implantação da linha de cuidados para gestantes no município de Porto Alegre*. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão e Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde. In: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Educação em Saúde: Diretrizes*. Brasília, DF: Funasa, 2007. p. 19-53. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7ao++em+Saude++Diretrizes.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2021.

GOMES, N. L. Políticas públicas para a diversidade. *Sapere Aude*, Belo Horizonte, v. 8, n. 15, p. 7-22, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/P.2177-6342.2017v8n15p7>. Acesso em: 12 set. 2021.

HABERMAS, J. *Teoria de ação comunicativa*. Tradução Manuel Jiménez Redondo. Madrid: Taurus, 1988. 2 v.

LUIZ, G. M. de.; DAL PRA, R. M.; AZEVEDO, R. C. Intervenção psicossocial por meio de oficina de dinâmica de grupo em uma instituição: relato de experiência. *Psicologia Revista*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 245-260, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/22770/16502>. Acesso em: 10 dez. 2021.

MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 3,

p. 541-544, jul./set. 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v24n3/v24n3a20.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

NESPOLO, G. F.; MERHY, E. E. Trabalho em saúde: biomedicalização de quem cuida. *Saúde em redes*, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 9-18, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1825>. Acesso em: 15 set. 2021.

PAULINO, D. B; RASERA, E. F; TEIXEIRA F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da estratégia saúde da família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, n. 3, p. 1-15, 2019.

REZENDE, N. *A intolerância religiosa, um crime movido pelo preconceito: poder judiciário do estado do Tocantins*. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: <https://www.to.gov.br/noticias/governo-do-estado-orienta-sobre-a-importancia-do-combate-a-intolerancia-religiosa/2xyz7i54f6ub>. Acesso em: 14 dez. 2021.

ROCHA, A. S. P. S. *et al.* Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 28, n. 2, p. 384-389, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/TJWBxqNgHvF6NCCM7zMSP9b/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2021.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005

TRAVASSOS, C.; BAHIA, L. Qual é a agenda para o combate à discriminação no SUS? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 204-205, fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JFnRmLGLnftN3YqmNfbDQFG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2021.

Capítulo 3

AS MAIS PRECÁRIAS DENTRE OS PRECÁRIOS

saúde do trabalhador, gênero e pandemia

Maria Rita Albuquerque Moura

Luciana Gomes

Introdução

A pandemia da covid-19 exigiu tomadas de decisões importantes nos mais diversos aspectos de nossas vidas, sendo o mundo do trabalho afetado diretamente pela urgência sanitária e suas medidas de proteção que determinaram o isolamento social com a manutenção apenas das atividades essenciais, bem como a imposição do trabalho remoto à parcela privilegiada da população.

Nesse contexto o presente capítulo historiciza os conceitos de precarização do trabalho a partir de autores como Giovanni Alves, Ricardo Antunes, Graça Druck, Helena Hirata e Tânia Franco, para, diante da categorização dos indicadores de precarização apontados, discutir a importância da saúde do trabalhador e a maneira com a qual esse processo afeta diretamente as mulheres trabalhadoras. É nesse

estado de coisas que ressurgem as discussões a respeito da divisão sexual do trabalho e as consequentes desigualdades e assimetrias que ocasionam dentro da realidade do trabalho produtivo e reprodutivo.

Dessa forma, entendendo que as relações sociais de sexo e poder interferem intimamente na desigual divisão do trabalho entre homens e mulheres, este capítulo tenta refletir como essas assimetrias afetam as mulheres, a partir de bases teóricas histórico-materialistas colocadas por Hirata, Druck, Kergoat, Federicci e Spivak, combinadas com uma revisão bibliográfica narrativa a partir dos conceitos de precarização do trabalho, em um estudo de natureza eminentemente qualitativa, partindo de levantamento bibliográfico em livros e artigos científicos.

Precarização do trabalho

As discussões a respeito da precarização do trabalho na pandemia da covid-19 partem da ideia de que não é um fenômeno novo, mas sim um processo multifacetado que vem sendo social, econômico, político e juridicamente posto. Entretanto, necessário o debate de como a pandemia foi utilizada para a imposição de medidas de flexibilização/precarização extremas em curto espaço de tempo, autorizadas/institucionalizadas pelo discurso da urgência sanitária. Se é certo dizer que ela não criou a crise (econômica, política e social), tampouco o processo de precarização, não seria equivocado afirmar que ela agudizou, sem remediar, esse cenário.

Ao iniciar as discussões a respeito da precarização do trabalho, adota-se a importante subdivisão posta entre os conceitos de precariedade e precarização, entendendo precariedade como uma condição em si da força de trabalho tida como mercadoria, e a precarização como um processo de destruição das barreiras impostas à precariedade, por meio da luta organizada por direitos (Alves, 2007). Sob essa perspectiva, a aquisição de direitos sociais e previdenciários, possível durante o século XX por meio de conquistas coletivas dos trabalhadores, nos distanciou da noção de precariedade preme a todos aqueles que vivem da venda de sua força de trabalho. Os direitos sociais e previdenciários adquiridos davam a falsa impressão de que a situação de instabilidade e insegurança de vida e trabalho estavam controladas.

Ocorre que as transformações iniciadas principalmente após 1970 e as consequentes modificações impostas ao mundo do trabalho, o paulatino abandono do modelo fordista e o ataque aos direitos conquistados escancaram a situação de precariedade por meio de um gradual processo de precarização posto como necessário

ao desenvolvimento civilizatório (Alves, 2007). Essas modificações impostas criaram uma classe trabalhadora mais heterogênea, fragmentada e complexa, para a qual o grande desafio será encontrar unidade e pertencimento nos diversos segmentos que a compõem (Antunes, 2000).

A precarização do trabalho se dá de diversas formas, desde os baixos salários às jornadas (ampliadas ou parciais), à exigência do trabalho multifacetado/polivalente, à questão funcional e organizativa, que se aprofundam dentro de um contexto de mundialização e financeirização do mercado. Há que se observar que os argumentos que fundamentam a flexibilização/precarização do trabalho como necessária ao desenvolvimento civilizatório e como meio de combate ao desemprego não se sustentam, como afirma Vasapollo (2006) citado por Antunes (2008, p. 6): “A flexibilização, definitivamente, não é solução para aumentar os índices de ocupação. Ao contrário, é uma imposição à força de trabalho para que sejam aceitos salários reais mais baixos e em piores condições”.

Nesse texto, Antunes (2008) defende o que parece ser uma visão mais abrangente a respeito de quais trabalhadores devem ser considerados precarizados, em comparação com as proposições feitas por Alves (2007), quando reconhece que a partir do processo de “reestruturação produtiva” os trabalhadores estáveis foram reduzidos, dando lugar a formas mais desregulamentadas de trabalho com o aumento de um novo proletariado fabril e de serviços, submetido às diversas modalidades de trabalho precarizadas, sendo estes terceirizados, subcontratados dentre tantas outras formas assemelhadas de contratações com ampla desproteção legal.

Antunes (2008) direciona o olhar ainda para a expansão do chamado “Terceiro Setor”, alertando para sua capacidade limitada de combater o desemprego estrutural. E acrescenta que muito embora essas formas de atividades não possuam fins lucrativos, são eminentemente Organizações Não Governamentais (ONGs) e outros organismos assemelhados, quase sempre estruturados por meio do trabalho voluntário, o que, via de regra, pode encobrir formas de precarização do trabalho.

Já Hirata (2009) aparenta inverter os conceitos de precariedade e precarização como ditos por Alves (2007), quando coloca a precariedade como resultante dos processos de precarização social e do trabalho, e a precarização como decorrente da institucionalização da instabilidade, esta definida pelas variadas formas de precariedade e exclusão, alicerçadas na precarização do trabalho. Ao que se vislumbra para ela, a precariedade não é em si uma resultante da mercantilização da força

de trabalho que evidencia-se com o processo de precarização e perda de direitos, mas decorrente da precarização em si. Não seria, portanto, a instabilidade e insegurança fatos geradores da precariedade, e sim da precarização.

Para além desse debate conceitual, Hirata (2009), nesse texto, traz o foco da discussão para a questão da maior inserção feminina no mercado de trabalho, concomitantemente ao crescimento do trabalho vulnerável e precário dentre as mulheres. Em 2009, havia um crescimento inquestionável do trabalho feminino formal, informal e no setor de serviços, com a chamada feminização de algumas carreiras de um lado, *pari passu* à manutenção de várias mulheres nas profissões tradicionalmente tidas como femininas, ou seja, nas atividades eminentemente do cuidado e da reprodução. A autora assertivamente pontua que não há avanço ou o que se comemorar quando essa maior inserção feminina no mercado se dá nos piores postos de trabalho, mais mal remunerados, de pouca valorização social, sem direitos sociais e/ou previdenciários reconhecidos. Tais considerações demonstram a relevância de, ao analisarmos o aprofundamento da precarização do trabalho provocado pela pandemia, acrescentarmos um olhar de gênero, seja por mulheres ocuparem em sua maior parte postos de trabalho precários, seja pela relevância que os trabalhos de cuidado e de reprodução ganharam nesse período.

Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) sensibilizam o debate ao reconhecerem que a precarização afeta a vida dos trabalhadores para além do ambiente do trabalho. A desregulamentação e a desvalorização provocam a desestruturação das diversas áreas da vida do trabalhador, atingindo ainda a maneira como ele se enxerga e como se insere na sociedade; há assim uma perda de identidade individual e coletiva. Essa “coisificação” das pessoas, por meio da exploração de sua força de trabalho, toma ares de crueldade quando se verifica a completa insensibilidade com a qual se lidou com os trabalhadores essenciais no contexto de pandemia. Houve uma completa negligência em relação não somente à proteção e saúde física dessas pessoas, mas principalmente à saúde mental, inegavelmente abalada por estarem expostos ao risco direto da contaminação, conquanto estivessem à serviço de toda a sociedade, e por se tornarem fonte e vetor de contaminação de suas próprias famílias.

Em seu texto, Hirata (2011) reafirma sua interpretação abrangente da precarização, que alinhada com Castel (2003) integraria a desproteção tanto dos trabalhadores empregados quanto dos excluídos, compondo os requisitos para

caracterização da precarização não somente a fragilidade do vínculo, ou alegada inexistência deste, mas a submissão aos baixos salários, bem como às jornadas extenuantes, ou ainda àquelas parciais.

Já Druck (2011) coloca a precarização como um fenômeno macro e micro-social que possui causalidades econômicas, políticas e sociais, mas que unifica a classe-que-vive-do-trabalho por meio das suas vulnerabilidades e fragilidades, que vão desde a precarização dos vínculos, das jornadas, dos salários, dos acidentes de trabalho, da informalidade até o desemprego, e que possuem íntima ligação com as práticas do Estado, que institucionaliza a flexibilização (precarização moderna) sob a pecha de se enquadrar as novas necessidades ao “novo mundo do trabalho”.

Trazendo essas questões para a discussão do tema da precarização na pandemia da covid-19, acrescentamos ao jargão “novo mundo do trabalho” a emergência sanitária, autorizadora de contratações ainda mais flexíveis, frágeis, vulneráveis e precárias, isso dentro de um cenário de profunda “crise econômica”, fome e desemprego, na qual o exército de reserva serviu mais do que nunca como forma de aceite às diversas formas de trabalho precário, mesmo que estes colocassem a própria saúde e a dos seus familiares em risco. Importante dizer que a pandemia não cria esse cenário, ela aparentemente intensifica e escancara a face mais desumana dele.

Druck (2011) defende que as modificações ocorridas no universo do trabalho coexistem com as formas de trabalho como eram anteriormente conhecidas; sob esse ponto de vista, seria restritiva a ideia de que só temos precarização quando falamos de trabalhadores formais com algum nível de proteção social e previdenciária. Tal ponderação faz todo sentido, do contrário excluirmos da análise dos indicadores de precarização os(as) “novos(as) empreendedores(as)”, os(as) prestadores(as) de serviços, os(as) diaristas, se distanciando da realidade do mundo do trabalho no Brasil hoje, constituído por uma grande parcela de informais.

Essa defesa conceitual reconhece que tanto o desemprego em si como a fragilização do vínculo de trabalho ocasionam um estado de instabilidade que impõe um modo de vida e trabalho precários, dos quais decorrem questões pessoais e coletivas que provocam um isolamento que vulnera, fragiliza e “desfilia” socialmente.

Importa dizer que, muito embora o capitalismo tenha se modificado desde o século XIX até os dias atuais, preservou como característica essencial a manutenção da exploração da força de trabalho como mercadoria. Se é certo dizer que existem

“novas” e velhas formas de trabalho assalariado coexistindo no mundo do trabalho hoje, também o é de que as relações sociais deste tempo seguem sendo desde o século XIX alicerçadas na apropriação do trabalho pelo capital.

Reconhecer que o enfoque na precarização do trabalho é um dos alicerces do capitalismo de nosso tempo ajuda na percepção de que a precarização é um meio de dominação, no qual o medo do desemprego funciona como estratégia para o aceite à submissão e às condições degradantes/precárias de trabalho (Druck, 2011).

Nesse cenário, a pandemia de covid-19 no Brasil, autorizadora da perda de vários postos de trabalho, cumulada com o desemprego que já era gritante, e ainda com a alta de preço em elementos básicos à sobrevivência, tudo isso acrescido da ausência de assistência por parte dos governantes, impulsionou a massa de trabalhadores à relativização completa da vida, evidenciando como a precarização é um meio de dominação eficaz e como a sombra do desemprego/miséria serve de estratégia para a submissão a condições precárias de trabalho, independente dos riscos.

Na busca de definir quais os parâmetros utilizados para basilar o que será entendido como trabalho precário, este capítulo se filiou à tipologia da precarização criada por Franco e Druck (2011), na qual são elencados seis principais tipos de precarização do trabalho, que vão desde a vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais, passando pela intensificação do trabalho e terceirização, apontando ainda a insegurança e saúde do trabalhador, acrescentando a perda das identidades individual e coletiva, ao que se soma a fragilização da organização dos trabalhadores e a consequente condenação e descarte do direito do trabalho.

Druck (2013) coloca como principal aspecto dessa “nova” precarização do trabalho no Brasil a institucionalização da flexibilização e da precarização, remodelando a precarização como historicamente conhecida sob o argumento da adequação aos novos tempos globais, pelos quais as nações desenvolvidas também estariam submetidas. Afirma ainda que inexistiu qualquer interrupção no processo de precarização iniciado desde a década de 1990 no Brasil e que, para além dos indicadores já apontados na tipologia escrita por Druck e Franco (2011), outros devem ser desmembrados e demonstrados, dentre eles, aponta: o desemprego, os sem emprego, os terceirizados/subcontratados. Sendo assim, temos por definidos os conceitos e os parâmetros utilizados no decorrer deste capítulo para definir e identificar a precarização do trabalho no Brasil durante a pandemia da covid-19 e os seus impactos na saúde dos trabalhadores em geral e das trabalhadoras em especial.

Divisão sexual do trabalho: mulheres, as mais precárias dentre os precários

Diante disso, e resgatando a tipologia da precarização aqui adotada, tendo por um de seus índices de análise a saúde dos trabalhadores, pede-se vênia para analisar como a pandemia afetou a saúde das trabalhadoras, vez que, na escala de valores para o capital, em uma sociedade machista, o mundo do trabalho produtivo as inclui, mas segue o fazendo nos postos majoritariamente mais precários, com jornadas parciais, na informalidade, na desregulamentação ou precarização dos vínculos. Tudo em busca de preservar o exercício do trabalho reprodutivo de cuidado que alimenta e sustenta as bases para a manutenção do capital e sua lógica.

Danièle Kergoat (2009) e Helena Hirata (2002) constroem em diversos textos a perspectiva teórica materialista-histórica feminista, a qual nos alinhamos, para definir que a divisão sexual do trabalho, muito embora se desenvolva de maneira não linear, é sempre sustentada por dois principais eixos, quais sejam: o da separação (trabalho de homem e trabalho de mulher) e o da hierarquização (que valoriza mais o trabalho masculino que aquele socialmente definido como trabalho feminino). Assim produzida, a divisão sexual do trabalho é reflexo e parte constitutiva importante das relações sociais de sexo na qual essas assimetrias, desigualdades e hierarquizações se justificariam pela existência de duas categorias de sexo socialmente construídas.

Hirata e Kergoat (2007) balizam esse entendimento quando afirmam que a relação social recorrente entre o grupo dos homens e o das mulheres é considerada “relações sociais de sexo” e que a divisão sexual do trabalho é fruto da divisão social estabelecida nas relações sociais entre os sexos, divisão essa modulada histórica e socialmente e instrumento da sobrevivência da relação social entre os sexos.

Na concepção materialista, a produção e a reprodução da vida são fatores determinantes da história, seja pela transformação consciente da natureza para produção do necessário à sobrevivência, seja pela própria reprodução biológica (Engels, 1991). Dessa forma, muito embora a divisão sexual do trabalho já existisse na sociedade pré-capitalista, é somente a partir do modo de produção capitalista que é dada uma valoração distinta para essas funções, bem como a diferenciação do ambiente público, reservado ao universo do masculino, e o privado, que caberia às mulheres e crianças. É a sociedade capitalista que hierarquiza o universo produtivo/

assalariado e o reprodutivo/proveniente do suposto instinto e propensão feminina às atividades de cuidado.

É importante que se diga que as linhas históricas que demarcaram essa separação inicial entre o trabalho produtivo remunerado e o reprodutivo não remunerado, delimitando espaços públicos e privados a sujeitos determinados, foi borrada com o avançar da história e é com a Revolução Industrial e sob argumentos de que a “modernização” e maquinário permitiriam às mulheres a inserção no mercado produtivo que o capital abre as portas das fábricas à “força de trabalho” feminina, visando já aqui a contratação de uma massa de miseráveis com piores condições de trabalho e piores salários.

Dessa forma, muito embora à serviço do capital, no exercício do trabalho produtivo remunerado, essa introdução das mulheres ao mercado de trabalho não significou uma perspectiva de igualdade entre os universos masculino e feminino, funcionando à precarização extrema como marcador dessas assimetrias justificadas por supostas inabilidades e menor capacidade de produção por parte das trabalhadoras. Supostas, tendo em vista que desconsideravam a sobrecarga de trabalho feminino que, ao adentrar às fábricas, não se distanciou da cozinha, do tanque e tudo aquilo que sempre foi considerado aptidão inata de mulher.

De todas as questões até aqui expostas temos que a opressão sofrida pelas mulheres ganha notas de destaque com o surgimento da sociedade capitalista, seja pela manutenção do trabalho reprodutivo não remunerado, que é sustentáculo do trabalho produtivo assalariado gerador da mais valia, seja pelo trabalho produtivo assalariado realizado e submetido a condições de maior precariedade justamente por ser cumulado ao trabalho de cuidado, ocasionando assim uma sobrecarga ao trabalho feminino e uma limitação do seu tempo, que reflete-se em exaustão e adoecimento.

O discurso das diferenças sexuais é constantemente reconstruído para cumprir novas funções sociais e adequar-se historicamente, desde que não desequilibrem a ordem do mercado, na qual o trabalho reprodutivo não pago exerce papel fundamental aos lucros do capital, implicando a legitimação e a organização das relações sociais que levam à dupla subalternização do trabalho feminino. Sob o olhar de Spivak (2010), a “mulher” não possui espaço dentro das listas de prioridades globais, ocupando assim o espaço da subalternidade. A autora não considera “subalterno” aquele que se encaixa no conceito de simplesmente oprimido, vai além, para defini-lo como os que não conseguem seu espaço dentro de uma estrutura

globalizante, capitalista, totalitária e excludente. Falando das margens ao centro, Spivak (2010) nos leva à reflexão com a ideia de que o subalterno é sempre aquele que não pode falar, pois se fala já não o é. Esse viés teórico nos ajuda a pensar o não lugar ocupado pelas mulheres, mesmo compreendendo que dentro de uma categoria tão diversa não cabem homogeneizações.

É flagrante a contribuição que o não reconhecimento do trabalho reprodutivo dá às assimetrias apontadas; resta evidente que a conquista do mundo do trabalho produtivo por parte das mulheres se deu envolta de muitas contradições. Dentre elas, a de que acessar o espaço público não significou uma contrapartida masculina quanto a divisão de tarefas do espaço privado, significando assim um avanço incompleto pela continuidade das assimetrias entre as atividades realizadas por homens e mulheres, agora acentuadas pela sobrecarga imposta pela dupla/tripla jornada imputada a elas. Fenômeno trabalhado ao final da década de 1970 pela teórica Laura Balbo, que o designou como “dupla presença”, que consistiria na soma de duas presenças parciais, meia presença no trabalho, meia presença na família, retirando quase que totalmente das mulheres a possibilidade de um tempo para si (Sucupira, 2016).

Antes de adentrarmos às questões provenientes da intensificação da precarização do trabalho feminino frente à pandemia da covid-19, pontuamos que o “tempo”, como categoria analítica, integra a análise das desigualdades de gênero e precarização que apontaremos por ser fator de miserabilidade e grandeza de pobreza (Ferreira; Ávila; Vieira, 2014), bem como por representar, pela sua diminuição ou escassez, o aprofundamento da precarização a que foram submetidas as mulheres em tempos de pandemia.

Importante pontuar que o processo de precarização perpassa pelo domínio do tempo dos trabalhadores, com a imposição de jornadas de trabalho excessivas, parciais, intermitentes, ou ainda pelo *home office*. O que dá falsa impressão de que o trabalhador administra seu tempo, quando em verdade, ao confundir os espaços de trabalho e doméstico, quase sempre resulta em jornadas que se estendem para além das oito horas legais, porém sem o pagamento de horas extras, da hora noturna reduzida, do adicional noturno, e ainda sem o respeito ao intervalo intrajornada.

A precarização das relações de trabalho afeta os trabalhadores de maneira geral, mas em níveis diferentes, sendo os fatores de gênero, raça e classe elementos importantes para entender quem está mais exposto nesse processo de intensificação de vulnerabilidades, desregulamentação, desemprego, medo e miséria, fatores que

explicam e expõem os motivos pelos quais a primeira morte por covid-19 no Brasil ter sido justamente uma empregada doméstica que a adquiriu dos seus patrões.

A pandemia expôs as faces mais severas das nossas desigualdades, e o mundo do trabalho as refletiu; apenas no primeiro trimestre de 2020 foram mais de 385 mil postos de trabalho domésticos fechados, de acordo com dados da pesquisa promovida pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) (Boletim [...], 2020 *apud* Duarte, 2021) que demonstram a vulnerabilidade e precariedade desses vínculos de trabalho eminentemente femininos, quase sempre informais, a empurrar uma grande massa de trabalhadoras à completa desproteção em um momento de crise econômica e sanitária instaurada.

Convergindo com esses dados e à corroborar com as diferenças já apontadas, temos que, mesmo diante de medidas sanitárias restritivas que determinavam a necessidade de isolamento social e a manutenção tão somente das atividades essenciais, alguns decretos lançados pelo país transformaram a atividade das empregadas domésticas em essencial, impedindo que essas trabalhadoras pudessem preservar a sua saúde e de sua família em prol da manutenção das atividades de cuidado remunerado na casa de seus empregadores, estes, em sua maioria, desfrutando da possibilidade de preservação da saúde por meio das medidas de isolamento social.

No escopo do trabalho reprodutivo e de cuidado, também desponta a atuação das profissionais que atuam nos segmentos da saúde e da assistência. É necessário destacar que no campo da saúde as mulheres ocupam, de modo ampliado, as profissões que possuem menor valor social. Estudo desenvolvido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2020), expresso no relatório “Mulheres no centro da luta contra a crise Covid- 19”, evidenciou que cerca de 70% do total da força de trabalho envolvida na atuação direta no combate ao coronavírus, mundo afora, foi composta por mulheres.

No Brasil, elas são maioria entre os profissionais de saúde, se concentrando em ocupações como a enfermagem e naquelas de nível técnico e médio, em uma composição que é atravessada por gênero, raça e classe social (Reis *et al.*, 2020). O aprofundamento da precarização do trabalho dessas mulheres se evidencia na exposição à contaminação a que foram submetidas, agravada pela falta de equipamentos de proteção, pela ausência de treinamentos específicos, pela jornada extenuante e ainda pelo medo de contaminar familiares e amigos, o que acarretou desgaste físico e mental dessas profissionais.

De outra banda, já tendo citado o trabalho das domésticas e das profissionais de saúde, ambas categorias expostas ao contágio pelo coronavírus em função da impossibilidade técnica do exercício de suas atividades de maneira remota, válido expor que mesmo à parcela restrita das trabalhadoras às quais foi possível o exercício do teletrabalho, pôde-se observar o avanço nos níveis de precarização, que vão desde a ausência de equipamentos e ambiente adequado ao estresse provocado pela necessidade de adequação ao meio digital e plataformas de trabalho até então não utilizadas, sem que houvesse qualquer tipo de capacitação para tanto.

O teletrabalho foi imposto às trabalhadoras, em particular à categoria dos professores, tradicionalmente reconhecida como uma atividade eminentemente feminina. A forma abrupta com a qual ele foi adotado resultou em acúmulo de tarefas, bem como na confusão entre espaços públicos e privados, na sobreposição do trabalho produtivo remunerado, com o trabalho doméstico e de cuidado. Dessa feita, mesmo o *home office* só sendo possível à parcela pequena das mulheres que ocupam o mercado de trabalho em postos tidos como menos precários, ainda assim, a divisão sexual do trabalho as impôs, dentro de um contexto pandêmico, condições de trabalho mais precárias em relação aos homens, vez que o excesso de jornada, a sobrecarga feminina e a ineficiência do Estado em manter e prover as atividades de cuidado gerou uma atmosfera de exaustão e adoecimento físico e mental.

Note-se que a escassez de tempo foi um importante marcador desse aprofundamento da precarização feminina na pandemia com repercussões relacionadas à saúde física e mental dessas trabalhadoras, com reflexo direto na produtividade exigida pelo mercado. Nesse aspecto, a falta de tempo imposta pela confusão entre as atividades de produção remunerada e reprodução não remunerada imposta quase que exclusivamente às mulheres pode ser verificada em dados que apontam uma maior produtividade masculina em tempos de pandemia, em contraponto a uma aparente estagnação ou improdutividade feminina.

Temos que a precarização do trabalho feminino modulada pela pandemia trouxe consequências negativas visíveis, desde a estagnação ou improdutividade, ao desemprego, à informalidade, passando pelo adoecimento e mortes. Importante frisar que a pandemia da covid-19 não atravessa o universo do trabalho feminino de maneira homogênea, sendo os recortes de raça e classe imprescindíveis para que possamos traçar um panorama mais real da situação das mulheres trabalhadoras no Brasil.

Por “mulheres trabalhadoras” entendemos todas que, no exercício do trabalho produtivo remunerado e/ou reprodutivo não remunerado, entregam a força de

trabalho ao capital. Para finalizar, ressalta-se que a pandemia lança luzes à essencialidade dos trabalhos de cuidado para a manutenção social. Dessa feita, aprofundou o processo já iniciado de cooptação do trabalho reprodutivo pelo capital, que faz com que essas ocupações venham gerando maior empregabilidade para mulheres na periferia do capitalismo. Empregabilidade essa que merece ser problematizada diante do grau de precarização que impõe, retirando quase sempre mulheres dos seus lugares de origem, afastando-as de sua cultura, dos laços familiares e afetivos, da sua região ou país, em um processo de mundialização da pobreza (Hirata, 2011), a qual expõe nossa condição de subalternidade nos termos de Spivak (2010), colocando-as como as mais precárias dentre os precários.

Não seria forçoso dizer que o próprio processo de precarização social a que os trabalhadores estão expostos no Brasil prescinde das atividades de cuidado exercidas em sua maioria pelas mulheres, e dentre estas, as mais pobres e vulneráveis. Tal constatação demonstra uma escalada da precarização que coloca as mulheres pretas e pobres, dentro de um recorte de raça e classe, como as exploradas pelos explorados.

O que evidencia o nível de exploração e subalternização a que todos estamos expostos naquilo que Mbembe (2018) conceitua como devir negro, estado em que as condições precárias de vida e trabalho a que eram submetidos os negros agora atingem de modo geral todos os cidadãos não abastados, colocando em estado de subalternização quase que a totalidade da classe que vive da venda de sua força/capacidade de trabalho.

Reflexões finais

Momentos extremos sempre levaram a humanidade a reflexões e mudanças, a pandemia de SARS-CoV-2 se coloca como um marco importante no mundo do trabalho com a intensificação dos processos digitais e a introdução de novas tecnologias. Ocorre que tais avanços não estão relacionados até aqui a um processo de evolução nas relações de trabalho, ao contrário, tem se traduzido em uma ampliação do estado geral de precarização dessas relações. Contudo, a pandemia não criou a crise econômica que se reflete na precarização do mercado de trabalho. Em verdade, esse processo intenso de precarização surge como estratégia do capital em sua fase de reestruturação produtiva.

Nesse sentido, temos na urgência sanitária um interessante fator de intensificação do processo de precarização que envolve a atuação de diversos setores da sociedade, e inclusive o Estado e suas instituições. Essa precarização extrema daqueles que exercem o trabalho considerado produtivo pelo capital prescinde da atividade reprodutiva exercida de forma remunerada ou não, de maneira que a intensificação da precarização traz como reflexo a necessidade de se discutir a importância das atividades de cuidado dentro da estrutura do capital.

Ao trazer o debate do trabalho reprodutivo como algo a ser remunerado, regulamentado ou mesmo institucionalizado, o que queremos colocar em xeque é o mito do eterno feminino, retirando das mulheres a carga imposta pela construção social de que existem atividades que nos cabem simplesmente por sermos mulheres. Certo é que ao transferir a atividade de cuidado às mulheres, o Estado se exime de exercê-la, garantindo ainda que não haja alterações nas relações de poder que o sustentam.

A pandemia assim, em seu processo de aprofundamento da precarização das relações de trabalho, atingiu a massa de trabalhadores de maneira geral; ocorre que dentre os trabalhadores atingidos pela intensificação desses processos temos que as mulheres estiveram mais expostas tanto ao desemprego e informalidade quanto às condições mais intensas de precarização, o que restou aqui demonstrado por meio de três categorias específicas, quais sejam, domésticas, enfermeiras (técnicas ou auxiliares) e professoras, não por coincidência, todas atividades do trabalho de reprodução social.

É necessário disputar a narrativa que impõe às mulheres uma aptidão inata aos trabalhos de cuidado, importante exigir do Estado políticas públicas que respaldem e desobriguem as mulheres ao exercício do trabalho reprodutivo gratuito, seja por meio da disponibilização de creches, escolas, casas de acolhimento, ou mesmo de contrapartidas financeiras e previdenciárias.

Válido destacar que políticas públicas de contrapartida financeira para mulheres no exercício de suas atividades reprodutivas não as retiram do lugar imposto pelas relações sociais de sexo e pela divisão sexual do trabalho. Entretanto, entende-se que *pari passu* a outras medidas necessárias, diante da fragilidade e vulnerabilidade dessas mulheres, que as expõe, inclusive, a situações de violência doméstica e familiar pela subordinação econômica, tais medidas se tornam cruciais. Não restam dúvidas de que, para o enfrentamento da precarização e da desigualdade de gênero refletida nas assimetrias da divisão sexual do trabalho, a saída sempre será coletiva.

Referências

- ALVES, G. *Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho*. Bauru: Praxis, 2007.
- ANTUNES, R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, 1., 2008, São Paulo. *Anais [...]*. São Paulo: CTN, 2008.
- ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, P.; FRIGOTTO, G. (comp.). *A cidadania negada políticas de exclusão na educação e no trabalho*. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 35-48. Disponível em: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101010021549/3antunes.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2021.
- CASTEL, R. *L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé?*. Paris: Seuil et la République des idées, 2003.
- DRUCK, G. Precarização do Trabalho no Brasil. In: ANTUNES, R. *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 55-73.
- DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, p. 37-57, 2011.
- DRUCK, G.; FRANCO, T. Trabalho e precarização social. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, p. 9-13, 2011.
- DUARTE, N. A. M. Mulheres no contexto pandêmico: trabalhos relacionados ao cuidado, divisão sexual do trabalho e covid 19. *SCIAS: direitos humanos e educação*, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, p. 107-128, 2021.
- ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do estado*. Rio de Janeiro: [s. n.], 1991.
- FERREIRA, V.; ÁVILA, B.; VIEIRA, C. *As políticas de enfrentamento à pobreza no Brasil: uma análise feminista*. Brasília, DF: SOS Corpo Instituto Feminista para Democracia: Centro feminista de Estudos e Assessoria, 2014.
- FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.
- HIRATA, H. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 21, p. 24-41, 2009.
- HIRATA, H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, p. 15-22, 2011.

- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, p. 595-609, 2007.
- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e psicopatologia do trabalho. In: HIRATA, H. *Nova decisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2002. p. 233-255.
- KERGOAT, D. Divisão Sexual do Trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. *et al.* (org.). *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: UNESP, 2009. p. 67-75.
- MBEMBE, A. *Crítica da razão negra*. São Paulo: [s. n.], 2018.
- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. *Women at the core of the fight against covid-19 crisis*. Paris: OECD, 2020. Disponível em: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/women-at-the-core-of-the-fight-against-covid-19-crisis-553a8269/>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- REIS, A. P. *et al.* Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, p. 324-340, 2020.
- SPIVAK, G. C. *Pode o subalterno falar?*. Belo Horizonte: UFMG, 2010.
- SUCUPIRA, F. Divisão Sexual do Trabalho e o tempo cotidiano das mulheres de baixa renda. *Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas*, Campinas, v. 7, n. 1, p. 15-40, 2016.
- VASAPOLLO, L. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In: ANTUNES, R. (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 45-58.

Parte 2

DESAFIOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+

Capítulo 4

BARREIRAS ENFRENTADAS PELA POPULAÇÃO TRAVESTI E TRANSEXUAL NO ACESSO À SAÚDE

Lazara Aparecida Rodrigues Penedo

Isabele Barboza Moura

Por meio da perspectiva histórica, nota-se que o campo de pesquisa da diversidade sexual e de gênero teve início no âmbito da antropologia, caminhando para a saúde coletiva. Na saúde, a partir de um olhar preconceituoso, os serviços associavam a população LGBTQIAPN⁺¹ diretamente à problemática das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), a partir da concepção de que ir na contramão da heteronormatividade era automaticamente assumir um comportamento sexual “promíscuo” e “irresponsável”, gerando, assim, a criação de estigmas sociais associados, sobretudo, à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

Sabemos que a contextualização desse cenário histórico da época foi marcada por essa visão biomédica que prevalecia e desconsiderava todos os aspectos socio-culturais que envolvem as subjetividades dos indivíduos, e considerava esses corpos

1 Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticos/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticos, Não Binários e muito mais.

que desafiavam a heterossexualidade e a cisgeneridade “problemáticos” e “anormais”. Perpassando pelo direito à saúde, se antigamente relacionavam em linha reta sobretudo homens *gays* e as travestis e mulheres transexuais às ISTs, ainda hoje o mesmo não se anulou por completo, sendo essa questão uma das problemáticas que atravessa a discussão presente neste capítulo.

Diante disso, abordar a sexualidade como componente de cada particularidade do ser humano é uma condição primária para os profissionais de numerosas categorias profissionais, destacando-se nesse trabalho os profissionais da área da saúde.

O conceito da sexualidade foi ganhando proporções de discernimento mundial, a partir do século XIX, nos projetos preparatórios de Sigmund Freud, principalmente com os estudos sobre a sexualidade e suas fragmentações individuais. Antes da perspectiva apontada pelo psicanalista, o conceito da sexualidade era agressivamente condenado na Era Vitoriana, onde a homossexualidade ganhava torturas severas (Maia; Medeiros; Ferreira, 2018).

Com o avanço da metapsicologia freudiana e novas descobertas a respeito da sexualidade, o psicanalista persistiu em seus estudos elaborando o processo de desenvolvimento psicossocial, resultando na teoria do desenvolvimento psicosssexual. Esses estudos ajudaram muito ao propor novas possibilidades de discussão do conceito da sexualidade, entretanto, passaram por inúmeras transformações na medida em que se apresentava como objeto de pesquisa nas mais diversas áreas do saber, como a psicologia, biologia, religião, política, entre outras.

Já com o conhecimento de que a sexualidade não se reduz ao ato sexual, mas um agrupamento de fatores físicos e mentais que formulam esse fenômeno, é em Foucault (1988) que encontramos um prisma modernista para a sexualidade. O pensador a situa como ferramenta que possibilita a construção de conhecimento e viabilidades e, desse modo, normaliza e evidencia as verdades do ser humano no tocante a seu corpo e seus prazeres.

Hoje, de acordo com Dinis (2008), a mídia ocupa uma posição interessante sobre a diversidade sexual e de gênero ao nos depararmos com novelas, filmes, séries, programas de auditório e propagandas que abordam os temas e alcançam a atenção de crianças, adolescentes e adultos. Com isso, vale o destaque de que atualmente a própria questão das identidades de gênero, sobretudo a transexualidade, tem sido mais discutida, onde têm se abordado até mesmo formas de levar o assunto aos ambientes mais delicados como a escola, o âmbito familiar e a religião, por exemplo.

Entretanto, se por um lado existe a luta diária para diminuir o machismo, racismo, homofobia, transfobia – dentre tantas outras formas de opressão que poderiam ser listadas –, por outro existe uma parcela significativa da sociedade que persiste em perpetuar o preconceito e a discriminação, em promover violência e violações de direitos. Fora das mídias digitais, no âmbito da academia, por exemplo, a demanda por mais visibilidade do tema iniciou-se por meio dos coletivos e movimentos sociais feministas e LGBTQIAPN+ organizados no âmbito universitário e na sociedade. E foi a partir dessas movimentações que se desdobraram as primeiras pesquisas e projetos destinados a discutir o campo da diversidade sexual e de gênero, embora, é claro, sem grandes incentivos e apoios das gestões.

Todo esse preconceito provém da lógica binária que se perpetua na sociedade, onde as percepções sobre o que é ser homem e o que é ser mulher são definidas a partir do fator biológico masculino ou feminino. É a partir desse dimorfismo sexual que se estruturam inúmeras violências e violações contra a população que desafia a heteronormatividade e a cisgeneridade, uma vez que a sociedade a interpreta como “anormal” e “problemática”, por não se ajustar ao *status quo* (Modesto, 2013; Salum, 2018).

Identidade de gênero

Nesse sentido, é importante caracterizar e compreender do que estamos falando ao pensarmos a transexualidade e a travestilidade. Segundo Bento (2008, p. 18), “[...] a transexualidade é uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero”. Sendo assim, entende-se por transexual a pessoa que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer (a partir da genitália). Para Almeida (2012, p. 515), falar sobre transexualidade é

[...] falar de pessoas que, em diferentes contextos sociais e culturais, conflituam com o gênero (com que foram assignadas ao nascer e que foi reiterado em grande parte da socialização delas) e, em alguma medida (que não precisa ser cirúrgica/química), decidem modificá-lo.

Enquanto a travestilidade, de acordo com a definição apontada pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), é identificada como a identidade de pessoas que vivem uma construção de gênero feminino, se opondo à designação

de sexo atribuída no nascimento, seguida de uma construção física, de caráter permanente, que se identifica na vida social, familiar, cultural e interpessoal, por meio dessa identidade.

Ambas as identidades, que para Bento (2008, p. 520) são “construções identitárias que se localizam no campo do gênero e representam respostas aos conflitos gerados por uma ordem dicotomizada e naturalizada para os gêneros”, são o oposto da chamada cisgeneridade, que é a condição das pessoas que se identificam com o gênero atribuído pelo sexo biológico e que é imposta desde até antes do nascimento, com a identificação do sexo biológico ainda nas ultrassonografias.

Desde nossas primeiras compreensões na infância, crescemos com o ensinamento de que homens comportam um conjunto de características, e mulheres compõem outro conjunto. Os meninos e as meninas são socialmente ensinados a se comportarem, se vestirem e se reproduzirem de acordo com o sexo biológico a eles atribuído, fazendo com que exista uma naturalização biológica das diferenças e ocultando as influências socioculturais no desenvolvimento humano. Essa determinação de nascer homem e mulher vem da definição dos órgãos sexuais antes mesmo do nascimento, baseando-se essencialmente no tamanho das células reprodutivas. Em nenhum momento desse processo é colocado em questão o comportamento humano que é definido pelas culturas (Jesus, 2012).

Jesus (2012) aponta que as culturas se desenvolvem por meio de diferentes modos e de acordo com os processos históricos e sociais de cada país e sociedade. A autora nos mostra que as definições de ser masculino ou feminino do nosso país se diferenciam de outros países. Ela destaca que o entendimento de que o sexo é fator biológico, enquanto o gênero é construído socialmente, nos retorna a luta frequente contra algumas áreas científicas que persistem em determinar a travestilidade, transgeneridade e transexualidade como transtorno, e não como identidade.

O que é fundamental de se compreender nesse processo, é que a identidade de gênero de um sujeito não se baseia apenas no seu órgão genital e/ou em cromossomos sexuais. A ideia de pertencimento de uma identidade de gênero é atravessada por inúmeras construções sociais, vivências e experiências que conduzem cada indivíduo a um desenvolvimento próprio e tornam cada sujeito um único ser, com suas particularidades e subjetividades, o que independe completamente de se nasceu com vagina, pênis ou até mesmo intersexual. Ainda, cabe apontar, existem as pessoas que não se identificam com nenhuma das identidades de gênero pré-determinadas, que são as pessoas não binárias.

Por meio do que observamos cotidianamente, existe uma marginalização, perseguição e diversos tipos de violências que se perpetuam contra a população travesti e transexual. Isso acontece justamente pelo fato do não seguimento da regra “natural”, que seria a identificação com o gênero atribuído no nascimento. De acordo com Jesus (2012, p. 11),

Violências físicas, psicológicas e simbólicas são constantes. De acordo com a organização internacional Transgender Europe, no período de três anos entre 2008 e 2011, trezentas e vinte e cinco pessoas trans foram assassinadas no Brasil. A maioria das vítimas são as mulheres transexuais e as travestis. Até meados de 2012, segundo levantamento do Grupo Gay da Bahia, noventa e três travestis e transexuais foram assassinadas. Essas violações repetem o padrão dos crimes de ódio, motivados por preconceito contra alguma característica da pessoa agredida que a identifique como parte de um grupo discriminado, socialmente desprotegido, e caracterizados pela forma hedionda como são executados, com várias facadas, alvejamento sem aviso, apedrejamento.

A busca pelo mínimo de respeito à população, bem como dignidade e efetivação de direitos básicos como a saúde, são batalhas ininterruptas. Para além do perfil de identificação com outros gêneros, as pessoas que constituem essa população sofrem por outros preconceitos da humanidade, pois “as pessoas trans, como quaisquer seres humanos, podem ter diferentes cores, etnias, classes, origens geográficas, religiões, idades, orientações sexuais, uma rica história de vida, entre outras características” (Jesus, 2012, p. 11).

Assim como cada indivíduo obtém características e modos de ser completamente singulares, as pessoas travestis e transexuais lidam a seu modo com o gênero de identificação. A utilização de conceituações da clínica médica, psicológica ou da sociologia para definir esse grupo é mais um empecilho para a liberdade deste. Não há um manual científico que dite o que leva uma identificação com um gênero diferente ao que foi atribuído, mas é certo afirmar que as pessoas trans reconhecem e aceitam sua condição em algum período da vida, sendo a repressão o maior impedimento para que ocorra.

De modo bem sucinto, Jaqueline de Jesus (2012) nos apresenta uma definição objetiva de mulher e de homem transexual, sendo para a autora toda pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal como mulher ou como homem. Além

da identificação, as pessoas travestis/transexuais podem acolher um novo nome, inclusive com garantia na lei federal,³ podem desenvolver uma nova aparência, comportamentos socialmente masculinos ou femininos, dentre outras características. Por muitas das vezes não se sentirem confortáveis com os seus corpos, as pessoas podem buscar serviços que realizem procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais, como, por exemplo, o processo transexualizador, como nos salienta um estudo realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ):

[...] versa a Portaria número 2.803 de 19 de novembro de 2013, que os sujeitos que vivenciam a experiência transexual quando inscritos no programa do Processo Transexualizador, percorrem um caminho pré-determinado na unidade de saúde credenciada, que deve incluir o diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico além atendimento de equipe multiprofissional. Portanto, cabe ao sistema de saúde e demais segmentos das políticas públicas (educação, assistência, previdência, justiça, entre outros) uma ampla e complexa teia de ações no sentido de garantir o acesso e usufruto dos direitos humanos (Martins; Silva; Souza, 2016).

Portanto, o que define uma travesti ou pessoa transexual é a sua autoidentificação, e não os processos cirúrgicos ou utilização de hormônios e procedimentos médicos. Para as pessoas trans, como nos mostra Jesus (2012, p. 16), “é imprescindível viver integralmente, exteriormente, como ela é por dentro, seja na aceitação social e profissional do nome pelo qual ela se identifica ou no uso do banheiro correspondente à sua identidade de gênero, entre outros aspectos”. Esses fatores auxiliam no bem-estar e consolidação da identidade. Desse modo, as pessoas travestis estariam, pelo menos em teoria, inseridas na população transexual.

Ainda sobre os estudos de Jesus (2012), a identidade travesti surge antes mesmo da transexualidade, sendo um termo que carrega ainda mais preconceito e estigmatização, além de ser historicamente uma identidade brasileira. Assim como as mulheres transexuais, travestis sofrem igualmente com a transfobia, inclusive porque a sociedade não identifica no dia a dia quem é a travesti e quem é a transexual. Além da falta de acesso à saúde, é uma população que sofre por falta de emprego, desligamentos dos espaços educacionais por sofrerem discriminação desde cedo, não aceitação familiar, dentre outras questões que impactam

diretamente no modo de reprodução social, se desdobrando inclusive na inserção por sobrevivência no mercado da prostituição.

Cada ser humano que se identifica na transgeneridade encontra um árduo caminho pela frente, seja no seu processo de autoidentificação, na transição, com os familiares e amigos, na sociedade em geral e em todos os âmbitos sociais que atravessam a vida de um ser humano haverá uma luta a ser combatida diariamente. No Brasil, por meio de dados da Antra, estima-se que 42% da população transexual e travesti já tentou o suicídio por motivo da discriminação e hostilidade sofridas, o que mostra o quanto a transfobia em suas inúmeras expressões impacta diretamente na saúde dessas pessoas, que sofrem cotidianamente com as violências e se deparam com uma rede de apoio fragilizada ou inexistente muitas das vezes.

Acesso à saúde

Ainda que na atenção básica em saúde haja uma perspectiva sobre a ampliação dos serviços voltados para a população travesti e transexual, buscando um atendimento qualificado, respeitando a diversidade, o nome social e os pronomes adequados, visando a integralidade e igualdade na assistência, postulam-se ainda hoje núcleos de atendimento que carecem dessa humanização e acabam por reproduzir o preconceito nos próprios serviços, tanto nas portas de entrada como na continuidade dos tratamentos e demais atendimentos prestados nos serviços de saúde.

A reflexão principal que surgiu a partir dos relatos dos(as) usuários(as) que já passaram por episódios desrespeitosos nas unidades de saúde, em virtude do preconceito às suas identidades de gênero, é sobre quais são as principais barreiras encontradas ao buscar o serviço. Podemos, de antemão, destacar alguns eixos como a desinformação sobre atendimento às travestis e pessoas transexuais, o desrespeito ao nome social, a falta de capacitação de profissionais da saúde, o desconhecimento das demandas prioritárias para a população, escassez na oferta de exames e medicamentos importantes para a saúde dessas pessoas e a própria ausência de uma política estruturada e de intersetorialidade que dê conta de tais demandas.

Compreendendo as identidades de gênero, os papéis e características que são atribuídas a cada gênero no desempenho social, sabe-se que essa autoidentificação se constrói socialmente, independentemente das características biológicas. Travestis e transexuais vivenciam diariamente o desafio de questionar a norma, sendo um dos grupos que mais sofre com o preconceito. Esse preconceito se reproduz inclusive

nos serviços de saúde, como será possível ver ao longo do trabalho, fazendo com que essa população sofra em todos os espaços sociais, inclusive no acesso a direitos básicos como saúde, educação e demais serviços.

Na área da saúde, embora o preconceito se reproduza e a população travesti e transexual encontre uma série de dificuldades para acessar o serviço, existem algumas normativas e legislações que orientam o atendimento à população LGBTQIAPN+. Uma delas é o manual da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), de 2013, que surge como fruto de discussões pautadas e pressionadas pelos movimentos sociais, encaminhadas inclusive nas conferências de saúde no Brasil.

O manual cumpre um papel fundamental de apontar um caminho para um atendimento qualificado, respeitando a diversidade e compreendendo as demandas inerentes à população LGBTQIAPN+, a partir da determinação social do processo de saúde e doença, que aponta que a saúde de um indivíduo se constitui a partir de uma série de fatores sociais, econômicos e culturais e que saúde não é apenas ausência de doença e/ou bem-estar total. São fatores como moradia, alimentação, saneamento, meio ambiente, trabalho, educação, renda, lazer, transporte, dentre outras questões que atravessam a existência humana na sociedade capitalista, que impactam a saúde das pessoas, gerando uma série de condicionantes. Nesse sentido, podemos pensar o quanto a discriminação, o preconceito e a violência também se mostram determinantes do processo de saúde e doença, sobretudo se pensarmos os grupos historicamente oprimidos, como as travestis e transexuais.

O que tem se percebido é que a discriminação impacta diretamente a vida dessas pessoas, que se veem constantemente desrespeitadas nos espaços de saúde, onde há um processo de patologização dessas identidades, o que perpetua ainda mais o preconceito e corrobora a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que a pessoa não se sente segura e confortável de buscar um espaço que não se mostre verdadeiramente acolhedor.

Podemos pontuar uma série de fatores negativos que se reproduzem nos serviços e que se mostram grandes impeditivos no processo de busca do cuidado em saúde pela população em questão. Um deles é a discriminação que ocorre pelos próprios funcionários; desde a recepção até o consultório médico, são inúmeros os relatos de discriminação e desrespeito pelas mais variadas categorias profissionais. Nesse processo, existe um outro fator a ser considerado que é a falta de capacitação e atividades educativas para os profissionais, que muitas vezes mostram desconhecer

completamente a realidade dessas pessoas, bem como suas demandas e questões. São frequentes também os relatos de profissionais que negam atender travestis e transexuais, dizendo que “essa não é sua especialidade”, mesmo embora a pessoa possa buscar o serviço com uma demanda de saúde comum e da especialidade do profissional.

Outro elemento que sustenta esse processo atravancado de acesso à saúde é a própria patologização da transexualidade. Até 2022, na Classificação Internacional de Doenças (CID), a transexualidade era compreendida como uma patologia do *hall* da saúde mental, sendo identificada dentro do CIDF64, que corresponde a Transtornos da Identidade Sexual. Ou seja, pessoas transexuais/travestis foram a vida inteira diagnosticadas pela medicina com *transtorno de disforia de gênero*, sendo necessário inclusive um laudo psiquiátrico para acessar, por exemplo, o Processo Transexualizador do Ministério da Saúde (MS) e realizar algum procedimento cirúrgico preconizado na portaria. Apenas em 2023, com a publicação do CID11, é que ocorre a despatologização, e a transexualidade é retirada dessa categoria.

Foi em 1997 que o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da resolução de nº 1.482/97, regulamentou o exercício da redesignação sexual no Brasil em caráter experimental, em hospitais universitários, como também foi autorizado procedimentos suplementares nas gônadas e nas características sexuais. Contudo, como mencionado no parágrafo anterior, para realização da cirurgia de transgenitalização e demais procedimentos, é necessário todo um caminho – extenso, diga-se de passagem – a ser percorrido por essas pessoas. Uma das questões principais é a necessidade de um laudo psiquiátrico “atestando” que essa pessoa sofre de algum tipo de transtorno da identidade sexual. Essa medida já se mostra por si só violenta, a partir do momento que desqualifica a identidade de gênero da pessoa travesti/transexual e a aprisiona num diagnóstico psiquiátrico.

Embora implantada em 2008, em 19 de novembro de 2013, por meio da Portaria de nº 2.803, ocorreu a revisão e ampliação do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). O MS reúne nesse documento diretrizes para o processo transexualizador, sendo uma das diretrizes a necessidade de uma equipe multidisciplinar para a condução do processo.

De acordo com a portaria, essa equipe multidisciplinar deve atender tanto no ambulatório quanto nas enfermarias. Contudo, Arán e Murta (2009) apontam que um dos principais desafios para implementação desse modelo de assistência é a capacitação profissional dessa equipe interdisciplinar e a promoção de medidas de

humanização dos atendimentos, para que se possa oferecer e garantir um atendimento de qualidade e livre de preconceitos e discriminação. Em relação ao acesso à portaria do Processo Transexualizador, é importante conscientizar que não são todas as pessoas travestis e transexuais que manifestam desejo de realizar alguma cirurgia ou modificação corporal. Nem mesmo a hormonização é objetivo universal dessa população, pois, como em todos os grupos, cada indivíduo tem sua particularidade e sua demanda prioritária. Cabendo ressaltar também que a transexualidade não é definida pelo desejo em realizar alguma cirurgia ou se hormonizar, podendo a pessoa se identificar como tal independente da intenção de se submeter a algum desses procedimentos.

A cirurgia, por muitas pessoas, pode ser considerada como uma forma de inclusão social, devido à grande vulnerabilidade social e estigmatização que a população sofre diariamente. Muitas pessoas dão entrada no procedimento acreditando que a cirurgia poderia contribuir para o fim do preconceito e da discriminação, quando, na verdade, o que se percebe é que a transfobia ocorre da mesma forma, independentemente de ter sido feita ou não. A cirurgia de transgenitalização se configura como irreversível e é um procedimento complexo que demanda um processo importante de conscientização e diálogo, precisando ser bastante trabalhado com a pessoa antes de realizar o procedimento, para que ela entenda as consequências que podem surgir física e emocionalmente. E para que esse serviço específico para a população não seja mais uma barreira como os demais, os profissionais necessitam de capacitação em suas áreas.

De toda forma, é evidente o fato de que travestis e transexuais não buscam acesso à saúde apenas para acompanhamento hormonal ou cirurgia de transgenitalização. Desde seus primeiros processos de identificação de gênero, essas pessoas, como qualquer outra, necessitavam de acompanhamento médico em algum momento da vida, seja para consultas, exames ou procedimentos que independem de sua identidade de gênero e, desde sempre, encontravam profissionais que estigmatizavam suas demandas, resumindo a pessoa à sua condição de gênero.

Considerações finais

O presente capítulo pretendeu trazer considerações sobre a importância de se analisar criticamente os serviços, de modo a avaliar como a transfobia institucional se perpetua e se reproduz nesses espaços, afastando a população do cuidado

em saúde. O que se percebeu a partir da leitura e da observação participante, é de que muitos serviços que deveriam garantir o acesso à saúde de forma universal, integral e igualitária, muitas vezes se mostra um espaço hostil e que não respeita a diversidade, promovendo episódios de preconceito. Contudo, fica evidente que a saúde e a assistência social são duas das áreas mais necessárias e de maiores demandas para a população, no que tange o atendimento às pessoas que fazem parte dos grupos de maior vulnerabilidade. É preciso enxergar como um compromisso social e político a importância de assegurar que as pessoas travestis e transexuais possam ter um acesso respeitoso e humanizado em qualquer seguimento da saúde, seja ela pública ou privada.

Após anos de classificação como “transexualismo”, com a concepção de que tanto a travestilidade quanto a transexualidade são uma doença, a transexualidade foi então retirada da categoria de transtornos mentais dos manuais médicos. Entretanto, esta ainda não deixou de ser patologizada, uma vez que a nova resolução com a mudança ainda não está em vigência. Esses diagnósticos patologizantes no acesso à saúde são os principais impedimentos para as pessoas se vincularem ao cuidado em saúde.

Uma pauta importante a ser travada na saúde é o fim do “diagnóstico de gênero”. Ainda que se nomeie “disforia de gênero” nos manuais médicos, as pessoas travestis e transexuais possuem liberdade para viver autonomamente sobre seus gêneros e seus corpos, sem qualquer necessidade de diagnosticar, uma vez que a autopercepção de um gênero não é doença, mas sim uma construção social. No próprio Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV é registrada a inexistência de qualquer teste específico na produção diagnóstica para Transtorno de Identidade de Gênero. Entretanto, o mesmo manual afirma que deve haver uma “profunda perturbação do sentimento de identidade do indivíduo em relação à masculinidade ou feminilidade”. Essa afirmação, conforme nos aponta Sampaio e Coelho (2013), levanta o questionamento do que seria uma profunda perturbação na identidade de gênero ou nas alterações corporais. Se cada ser humano experiencia o mundo de forma singular, não haveria possibilidade de um mesmo sofrimento acometer de um mesmo modo várias pessoas.

De acordo com Bento e Pelúcio (2012), se não há a existência de exames médicos, testes psicológicos, protocolos científicos ou o que quer que seja que avaliem travestis e transexuais como doentes, a questão que fica é de como haveria de se falar em algum transtorno apenas pela identificação de suas identidades de gênero.

Como pode ser vislumbrado neste capítulo, são muitos caminhos a serem traçados para a garantia dos cuidados voltados para essa população. Além disso, é notório que algumas questões que implicam nesse acesso à saúde poderiam ser rapidamente sanadas, se fossem cumpridas as determinadas legislações que asseguram-nas. Ou seja, é fundamental que se garanta o respeito ao nome social em todos os espaços, que os profissionais da saúde sejam devidamente capacitados e tenham acesso aos materiais já existentes de orientação para atendimentos voltados à população LGBTQIAPN+. Além dos profissionais de saúde, que demais profissionais que atuam nos equipamentos públicos de prestação de serviços também sejam devidamente treinados e aproximados ao tema, para que não haja reprodução da transfobia nesses espaços, entre tantas outras estratégias que cotidianamente contribuiriam muito para a vivência dessas pessoas com mais dignidade e respeito.

A partir do exposto, cabe refletirmos sobre as estratégias que podem contribuir para a mudança nesse processo de violação de direitos e como podemos contribuir para o enfrentamento da transfobia na sociedade, ressaltando que o campo da saúde deveria cumprir um papel fundamental frente a essa questão, uma vez que deveria ser um espaço de acolhimento a pessoas que sofrem tais violências, e não um espaço de reprodução destas.

Diante disso, o enfrentamento às formas de exclusão, à discriminação, ao preconceito e à violência é contínuo, sendo vital que existam grupos mobilizados em luta pela criação de ferramentas e estratégias que possam acabar com a transfobia em seu caráter estrutural e institucional e que essas lutas possam contar com a participação dos próprios profissionais de saúde que devem estar comprometidos com o fim da reprodução de opressões dentro da saúde, defendendo a garantia do acesso aos serviços de baixa, média e alta complexidade.

Referências

ALMEIDA, G. S. Homens Trans: novos matizes na aquarela das masculinidades?. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 513-523, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 15-41, 2009.

- BENTO, B. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, 2012.
- DINIS, N. F. Educação, relações de gênero e diversidade sexual. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 29, n. 103, p. 477-492, 2008.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- JESUS, J. G. de. *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos: guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião*. Brasília, DF: [s. n.], 2012.
- MAIA, A. L. M.; MEDEIROS, I.; FERREIRA, D. G. Sexualidade: uma nova área de conhecimento. *Saúde & Conhecimento: jornal de medicina Univag*, Cuiabá, 2018.
- MARTINS, L. B.; SILVA, C. G.; SOUZA, M. A. O nome social e o processo de requalificação civil: os desafios para a atuação do serviço social. In: CONGRESSO DE ASSISTENTES SOCIAIS DO RIO DE JANEIRO, 2., 2016, Rio de Janeiro. *Anais [...]*. Rio de Janeiro: [s. n.], 2016.
- MODESTO, E. Trans/generalidade: um complexo desafio. *Via Atlântica*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 49-65, 2013.
- SALUM, M. E. G. *Gestão de cuidado à pessoa trans na atenção primária à saúde*. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.
- SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. A Transexualidade na Atualidade: discurso científico, político e histórias de vida. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 3., 2013, Salvador. *Anais [...]*. Salvador: UNEB, 2013.

Capítulo 5

OS DESAFIOS DA MATERNIDADE PARA MULHERES LÉSBICAS POR MEIO DE TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL

Bianca Lopes Bragança

Patrícia da Silva Von Der Way

Este capítulo tem como objetivo discutir a experiência da maternidade por mulheres lésbicas. Parte-se da concepção que as famílias formadas por essas mulheres, segundo Lucio e Araújo (2017), surgem com um caráter revolucionário, na medida em que rompem com padrões, modelos tradicionais e opressores. A maternidade por mulheres lésbicas afasta-se do ideal materno-heteropatriarcal imposto na sociedade (Bourdieu, 2012), e segundo Matias, Barone e Rodrigues (2021), faz ruir o ideário da maternidade abrindo espaço para outros mundos e outras formas de vida que acontecem, coexistem e provocam ruídos à lógica de normalização e controle da vida. Elas necessitam do reconhecimento de seus direitos pelo Estado e pela sociedade.

Audre Lorde (2009, p. 3), escritora caribenha-estadunidense, poeta e ativista, que teve seus escritos publicados em 1984, se definia como “negra, lésbica, feminista,

socialista, poeta, mãe de duas crianças incluindo um garoto e membra de um casal interracial”. Ela apontou o caráter desviante de sua existência diante de todos os lugares sociais que ocupava, e afirmou que “opressão e intolerância da diferença vêm em todas as formas e tamanhos e cores e sexualidades” (Lorde, 2009, p. 3). A afirmação de Lorde, uma mulher lésbica e mãe, marca a história dessas mulheres, pois contribuiu para a visibilidade delas. Há escassos registros e documentações da existência de mulheres lésbicas na sociedade, com destaque para a publicação do *Manifesto do Coletivo Combahee River*, em 1977 (Pereira, 2019), primeiro documento em que mulheres negras organizadas se declararam lésbicas.

A maternidade para as mulheres lésbicas se apresenta de outras formas e, conseqüentemente, com outros desafios na atualidade. A maternidade biológica e em parceria com sua esposa e/ou companheira é possível por meio de técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA), que, segundo Machin e Couto (2014) e Felipe e Tamanini (2020), ocorreu a partir de 1980, e trouxe um marco para a vida e a experiência da maternidade para essas mulheres, que antes só conseguiam alcançá-la por meio de relacionamentos heterossexuais, que ocultavam sua orientação sexual, ou por meio da adoção.

Compreendendo a maternidade como um direito humano, que deve estar garantido a todas as mulheres, na integralidade do acesso à saúde sexual e reprodutiva, considerando as diferentes formas de orientação sexual delas e os desafios para concretizar a maternidade, foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo por meio de revisão bibliográfica, com levantamento de dados nas bases científicas, em janeiro de 2023. O levantamento da produção acadêmica brasileira teve como principal unidade de análise repositórios de teses e dissertações em ciências sociais, humanas e da saúde do Brasil com a temática da maternidade lésbica, com destaque para os resultados obtidos na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A escolha por trabalhar com teses e dissertações se deu a partir do entendimento de que tais produções abrangem maior profundidade na investigação, certa representatividade e sensibilidade às tendências do campo abordado (Azeredo, 2018).

Subjetividades da maternidade lésbica: estereótipos e discriminação

Antes de existir uma mãe, existe uma mulher. No campo dos direitos humanos aplicados à saúde, é dever garantir que essas mulheres tenham autonomia para

escolher como desejam tornarem-se mães, em respeito aos direitos sexuais e reprodutivos delas. No contexto brasileiro, o desenvolvimento das políticas públicas de atenção à saúde das mulheres se dá a partir da capacidade de procriação da mulher, se ocupando apenas da saúde reprodutiva, conforme Silva e demais autores (2020), justificada pelo olhar discriminatório que incidiu sobre as mulheres por muito tempo, colocando-as como submissas aos homens e atribuindo a elas o trabalho reprodutivo e dos afazeres domésticos, uma imposição do patriarcado (Bourdieu, 2012; Federici, 2019).

A maternidade para muitas mulheres, ainda hoje, é compreendida como necessária à trajetória feminina, um papel social de gênero para mulheres heterossexuais, bissexuais ou homossexuais. Conforme mencionado por Lucio e Araújo (2017), há transformações dos padrões familiares tradicionais que abrangem decisões pessoais e mudanças sociais que englobam a maternidade lésbica. Para Azeredo (2018), mulheres que não dependem de homens, mas se relacionam entre si, conseguiriam se colocar fora das relações patriarcais, haja vista que o corpo lésbico performa uma sexualidade dissidente, oposta ao padrão heteronormativo, rompendo com os modelos impostos socialmente e a consequente manifestação e expressão de um desejo desviante “embrenhado em uma rede altamente complexa de regulações, vigilâncias, punições” (Borba, 2014, p. 467) que representa uma ruptura com o pacto social. Butler (1993) afirma que as performances de gênero não acontecem livremente: são reguladas por uma estrutura muito rígida (heterossexualidade compulsória e os discursos que a sustentam) que delimita suas possibilidades (Borba, 2014).

Há um imperativo social heteronormativo que criou o estereótipo de que lésbicas não podem engravidar ou serem mães. “É como se tais mulheres devessem renunciar as questões relacionadas ao que, socialmente, é atribuído ao papel feminino, acarretando automaticamente, na perda do direito de vivenciar a maternidade” (Lucio; Araújo, 2017, p. 7). Tiboni (2019) apontou para a escassez de representação que essas mulheres possuem socialmente, posto que a representação da maternidade ainda é majoritariamente hetenormativa. A exclusão e invisibilidade têm consequências para o “maternar” lésbico, que se apresenta como desafiador em função das negligências às quais essas mulheres estão expostas em virtude da discriminação e exclusão social.

Ocorrem discriminações e exclusão social, inclusive, nos serviços de saúde, afastando as mulheres lésbicas dos cuidados com sua saúde sexual e reprodutiva. “Por

muito tempo a saúde sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas não foi abordada nos serviços de saúde, deixando esse segmento social em uma condição silenciosa de disseminação de infecções sexualmente transmissíveis” (Brasil, 2012 *apud* Silva *et al.*, 2020, p. 121) e vulneráveis quanto à sua condição de saúde. Por um lado, segundo Lucio e Araújo (2017), as mulheres lésbicas se sentem receosas de serem discriminadas ao revelarem sua orientação sexual desde o momento do preenchimento da ficha cadastral, até a assistência prestada pelos profissionais da saúde devido aos estereótipos e preconceitos que permeiam a vida sexual e reprodutiva delas, em divergência à expectativa de performatividade de um papel de gênero feminino e sexualidade.

Por outro lado, “estudos revelaram que profissionais da saúde se sentem constrangidos na prestação de cuidados a estas mulheres, executando um atendimento mais rápido, o que pode comprometer a qualidade da assistência, destacando assim o despreparo destes profissionais” (Lucio; Araújo, 2017, p. 2). Tal fato pode constituir um impedimento para a atenção integral de saúde à mulher que se assume lésbica, o que impacta diretamente a vida dessas mulheres na medida em que a redução no acesso aos serviços de saúde pode levar à identificação tardia de diagnósticos e tratamentos tanto para o acesso à reprodução quanto para o acompanhamento pré-natal e parto às lésbicas grávidas.

Acrescidas às barreiras nos serviços de saúde, as mulheres lésbicas relatam mais frequentemente situações de discriminação por familiares ou por amigos/vizinhos, demonstrando dinâmicas mais silenciosas de discriminação feminina e que ocorrem dentro da esfera privada. Os autores Facchini e Barbosa (2006), além de Rodrigues e Schor (2010), destacaram que as lésbicas e bissexuais podem sofrer menos agressões físicas que os homens homossexuais, mas a invisibilidade das relações entre mulheres é superior. São diversos os atravessamentos que o preconceito e a discriminação alcançam na vida das mulheres lésbicas. Rodrigues e Schor (2010) alertaram que o preconceito disseminado socialmente, além de produzir agravos à saúde, pode contribuir com a manutenção de estratégias de ocultação social de práticas e desejos, elevando, conseqüentemente, o estresse e isolamento provocados pelo constante enfrentamento social pela estratégia de “sair do armário”.

Azeredo (2018) e Basaglia (2017) definiram a maternidade lésbica como uma categoria política – que produz transgressão, indo contra o sistema heteronormativo, contribuindo para a visibilidade de outras expressões familiares – e social, a partir da constatação de que existe um fenômeno que não pode ser observado à

luz do que se entende no campo da maternidade heterossexual. Essa categoria tem sido utilizada no campo acadêmico brasileiro nas duas últimas décadas, quando se constituiu também como campo de estudos. Para Azeredo (2018) e Silva (2013), há um crescente interesse pela temática no Brasil, fruto de diversos avanços nos campos de reconhecimento civil e das políticas públicas, principalmente as de saúde e direitos humanos, conquistados nos últimos anos com destaque para a produção de jurisprudência favorável ao casamento civil homoafetivo; as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) que regulam os procedimentos e técnicas de Reprodução Assistida (RA); debates parlamentares em questões de gênero, sexualidade e direitos, com a dinamização dessas temáticas nos meios de comunicação e nas mídias sociais; além de programas que abordam gênero e diversidade sexual nas escolas (Azeredo, 2018).

Apesar do avanço na visibilidade e no reconhecimento da existência dessas famílias, ainda são inúmeros os desafios que as mulheres lésbicas encontram para a maternidade. Existem dificuldades específicas advindas de uma série de estereótipos e preconceitos, particularidades que recaem sobre essas mães, que são: a possibilidade da dupla amamentação, a possibilidade de apenas uma delas poder dar o gene e/ou saber/vivenciar o que é gestar. De acordo com as pesquisas na área, Azeredo (2018) apontou que é observada uma originalidade dessas configurações familiares e a criatividade das mulheres ao lidarem com as dificuldades que encontram para a constituição de uma família.

A lesbiandade e os desafios da reprodução como um direito humano: programas e políticas públicas no Brasil

“A mulher é sujeita plural, constituída e atravessada por diversos fatores que a tornam quem é” (Giongo, 2018, p. 48). E que, portanto, possui atravessamentos de raça, classe e orientação sexual que determinarão sua maneira de existir e experienciar a vida. Giongo (2018) corrobora que a área de atenção integral à saúde da mulher é um terreno fértil para os estudos feministas com ênfase na lesbianidade, diante das particularidades em saúde. As práticas sexuais, os métodos efetivos de proteção sexual e o acesso a consultas ginecológicas são algumas das demandas que emergem das experiências lésbicas. É necessário que as pesquisas científicas nos diversos campos sociais e da saúde, bem como as políticas públicas, abordem

e contemplem as demandas das mulheres lésbicas, entendendo-as como um grupo social formado por mulheres diversas com anseios e necessidades específicas, sendo a maternidade uma delas.

“Discussões sobre a sexualidade da mulher incluindo aspectos da sua vida sexual e do prazer, para além da sua função reprodutiva, é relativamente recente” (Rodrigues; Schor, 2010, p. 2). No Brasil, somente após 1980, com a reformulação do Programa Materno-Infantil (PMI) e com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), “as dimensões da sexualidade e da reprodução começaram a ser aprofundadas, abrindo espaço para a concepção de que caberia à mulher tomar suas próprias decisões sobre as questões relativas à sua saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência” (Rodrigues; Schor, 2010, p. 2). Os autores destacaram o PAISM como produto da discussão sobre os direitos reprodutivos e sexuais pautados pelo movimento de mulheres e profissionais de saúde naquele momento.

“O PAISM surgiu com a inédita concepção de alcance à saúde integral da mulher ao propor um rompimento com a lógica tradicional do sistema médico da mulher/mãe/reprodutora” (Rodrigues; Schor, 2010, p. 2). Tinha como objetivo oferecer assistência à mulher em todas as fases de sua vida, compreendendo-a como sujeito individual e com necessidades para além da maternidade. Entretanto, Rodrigues e Schor (2010) apontaram que o programa não foi implementado e desenvolvido em sua plenitude, tendo em vista que os aspectos relativos à saúde sexual não foram tão desenvolvidos quanto a saúde reprodutiva (Schraiber, 2008).

Em 2004, foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (PNAISM), elaborada a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – de equidade, universalidade e integralidade. A política foi direcionada para ampliação de ações para grupos historicamente aliçados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, como o de mulheres lésbicas (Brasil, 2004b). No mesmo ano, foi lançado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) o Programa Brasil Sem Homofobia, que além de estabelecer como objetivo principal o combate à violência e discriminação à população LGBTQIAPN¹, estabelecia a produção de conhecimento

1 LGBTQIAPN+: Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticos/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticos, Não Binários e muito mais.

capaz de subsidiar políticas públicas específicas a pessoas LGBTQIAPN+ como um de seus princípios, apontou Giongo (2018).

Avançou-se com materiais sobre saúde e as políticas sociais direcionadas às pessoas LGBTQIAPN+. A obra *Chegou a hora de cuidar da saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais*, de 2006, foi um documento elaborado pelo MS com o objetivo de ampliar o acesso das lésbicas e bissexuais a informações sobre o direito fundamental à livre orientação sexual e a não patologização da sexualidade, além de abordar questões como gravidez, prevenção do câncer de mama e colo do útero, menopausa, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), entre outros.

Em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pelo MS por meio da Portaria nº 2.836, teve como objetivo geral a promoção da saúde integral da população LGBTQIAPN+, enfrentando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (Brasil, 2013b). Giongo (2018) apontou que em 2017 essa política sofreu alteração, a portaria correspondente deixou de estar vigente, porém seu conteúdo está consolidado, inserido e publicado nas portarias de consolidação, tornando-se, então, Política Nacional de Saúde Integral de População LGBT – Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXI.

Nesse percurso cronológico, em 2013, ocorreu a produção do MS da cartilha “Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social” que, segundo Giongo (2018), foi uma tentativa de conectar a PNAISM e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT ao discutir as especificidades em saúde das mulheres lésbicas. Essa cartilha reforçou a importância de um atendimento humanizado e livre de preconceitos e explicitou a demanda de mulheres lésbicas quanto à RA, apontou a autora. “A demanda do movimento de lésbicas por reprodução assistida aparece nos documentos elaborados por essas mulheres, uma discussão recorrente entre o segmento, mas que não se estende aos documentos legais e práticas profissionais” (Giongo, 2018, p. 46). Como apontaram Lucio e Araújo (2017), o país possui políticas públicas e espaços de participação social que legitimam a existência e as experiências de mulheres lésbicas como sujeitos de direito, entretanto, a temática da maternidade lésbica é pouco abordada nas políticas públicas e nos materiais a elas relacionados.

Esses apontamentos revelaram a importância do debate e do fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos que, segundo Rodrigues e Schor (2010),

representam espaços de poder, relativos à tomada de decisões, e recurso, considerando o contexto social em que estes estão disponibilizados. Rodrigues e Schor (2010) retomaram Corrêa e Petchesky (1996) e apontaram que a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres deve especificar e compreender as diferenças de gênero, classe, cultura e outras – interseccional – além de reconhecer as necessidades sociais, considerando que é indispensável a construção de uma rede de infraestrutura e apoio, junto a intervenções sociais, que possibilitem a efetividade dos direitos à integralidade e à autonomia.

Portanto, é necessário que seja ampliada a produção de conhecimento; a participação social e política; a promoção, atenção e cuidado a essas mulheres, tendo em conta que a população LGBTQIAPN+ ainda se encontra à margem nos serviços de saúde privados ou públicos. Silva e demais autores (2020) acrescentaram que a LGBTQIAPN+fobia aliada à falta de conhecimento dos prestadores de cuidado de saúde provocam a omissão da identidade sexual dessa população, comprometendo a sensibilidade necessária à assistência prestada.

A (in)visibilidade da maternidade lésbica por meio de técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA)

Em 1984, o ineditismo do jornal lésbico *Chana com Chana* relatava a trajetória de duas mulheres lésbicas com a maternidade por meio da gestação por inseminação artificial. Felipe e Tamanini (2020) apontaram essa publicação como um importante registro sobre a incipiente temática no Brasil, haja vista que, naquele momento, a discussão sobre maternidade lésbica estava posta em oposição ao conceito de família e ausente nos serviços de saúde e na sociedade.

O recurso das tecnologias reprodutivas (Felipe; Tamanini, 2020; Machin; Couto, 2014) trouxe novas possibilidades para os casais homoafetivos que, por meio dessa técnica, conseguiram exercer a parentalidade biológica. As mulheres passaram a ter acesso à procriação pela técnica de RA utilizando bancos de sêmen no Brasil e no exterior. O acesso a essa tecnologia proporcionou autonomia para essas mulheres, que até então necessitavam de um parceiro homem para realizar a reprodução, com o objetivo de concretizar o desejo da gravidez e, consequente, maternidade, indo contra a sua orientação sexual.

Leite (2019) relatou que o conhecimento sobre a disponibilidade das técnicas de RA ocorreu de forma rápida no Brasil devido ao grande sensacionalismo midiático sobre o tema, o que fez com que elevasse o uso dessas técnicas no país. Entretanto, a princípio, para que as mulheres lésbicas conseguissem acessar esse serviço, disponível apenas no setor de saúde privado e por altos custos, era necessário que fosse omitida sua realidade afetiva-sexual lésbica, o que Rich (2010) apontou como a invisibilização das existências lésbicas nesse campo.

Avançamos, e, no Brasil, de acordo com Felipe e Tamanini (2020), existem resoluções do CFM que regulamentaram as práticas clínicas e registraram protocolos que orientam o acesso dos casais homoafetivos à RA: a Resolução nº 2.013, de 16 de abril de 2013, do CFM foi a primeira a relatar os casais homoafetivos como elegíveis às técnicas disponíveis. Posteriormente, a Resolução nº 2.121, em 16 de julho de 2015, regulamentou a possibilidade da técnica de Recepção de Óvulos de Parceira (ROPA), que consiste no processo de extração de óvulos de uma das mulheres do casal para inseminação em laboratório com sêmen de um doador e, posteriormente, implantação do embrião no útero da outra mulher do casal que irá gestar o filho das duas. Dessa forma, ocorre a gestação compartilhada de casais de mulheres que não apresentem infertilidade.

Na sequência, a Resolução nº 2.168, de 21 de setembro de 2017, que Giongo (2018) destaca ter sido elaborada devido à falta de legislação específica que tratasse sobre a RHA, com destaque dado à gestação por casais lésbicos nos itens 2 e 3:

Princípios gerais:

1. As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação. [...]
3. As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o (a) paciente ou o possível descendente. [...]

II - Pacientes das Técnicas de RA

1. Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente. [...]

2. É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito a objeção de consciência por parte do médico.
3. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade. Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do (s) ovócito (s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira (Brasil, 2017).

Giongo (2018) destacou a importância da resolução anteriormente citada ao registrar que as técnicas de RHA ultrapassaram o objetivo inicial de solução à infertilidade, além de regulamentar a gestação compartilhada entre mulheres lésbicas. “Entretanto, permite a rejeição do profissional médico(a) em realizá-la, o que pode caracterizar um obstáculo ao acesso à RA para as lésbicas” (Giongo, 2018, p. 40), reforçando estereótipos e discriminação, uma violação ao direito humano e reprodutivo de constituição de uma família.

Recentemente, a resolução do CFM nº 2.320/2022, sobre técnicas de RA, reafirma a autorização para a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina, além de reconhecer e qualificar como entidade familiar a união estável homoafetiva. Logo, “as tecnologias reprodutivas estão disponíveis nos serviços de saúde seguindo as resoluções do CFM propiciado pelo desenvolvimento tecnológico da saúde reprodutiva para a recepção de casais lésbicos” (Felipe; Tamanini, 2020, p. 20). Contudo, ao analisar na revisão de literatura os avanços no campo da RHA, concluímos que há barreiras de acesso para os casais de lésbicas:

- 1) As técnicas de RHA estão concentradas em serviços de saúde privados e são escassas as unidades que realizam a técnica custeados por recursos públicos. Apenas nove hospitais recebem recursos do Estado para desenvolverem tais atendimentos via SUS. A Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012, destina “recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides” (Brasil, 2012). São eles:

- São Paulo (SP): Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Centro de Referência da Saúde

da Mulher (CRSM) São Paulo – Hospital Pérola Byinton e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), os três com gestão estadual;

- Rio Grande do Sul (RS): Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) – Fêmina e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), ambos com gestão municipal;
- Minas Gerais (MG): Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob gestão estadual;
- Distrito Federal (DF): Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), sob gestão estadual;
- Pernambuco (PE): Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), sob gestão dupla;
- Rio Grande do Norte (RN): Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), sob gestão municipal.

- 2) Na portaria estão descritos os nove hospitais destinatários desse recurso orçamentário, concentrados em seis estados localizados, em sua maioria, nos grandes centros urbanos no sudeste e sul do Brasil. Segundo Felipe e Tamanini (2020), isso exclui as mulheres que não residem nessas regiões e/ou não possuem condições financeiras para custear o deslocamento para o acesso à RHA nessas unidades de saúde, além dos altos custos durante todo o tratamento. Apresenta-se uma barreira de classe e origem geográfica no acesso à RHA;
- 3) Algumas clínicas particulares oferecem a técnica de RHA como parte de seus projetos sociais. No entanto, há extensas filas de espera pelo tratamento, que necessita de celeridade, tendo em vista que a idade biológica das mulheres que procuram a técnica é um importante fator para o sucesso da técnica e pode ser um dos fatores que as fazem pensar em outras alternativas (Felipe; Tamanini, 2020).

Em síntese, há pouca oferta aos serviços de RA de forma gratuita, custeada pelo SUS, que permite o acesso a casais que não conseguem acessá-lo no sistema privado devido aos altos custos. Para Giongo (2018), há expressiva retração do Estado que, consequentemente, fortalece uma estrutura que, além de mercantilizar vidas, nega

direitos na medida em que impede que mulheres distantes dos centros urbanos consigam acessar o direito reprodutivo à maternidade. Tal fato comprova a escassez de acesso ao tratamento de RHA em um país de dimensões continentais e grande contingente populacional, tendo como consequência a falta de atendimento, ou o acesso tardio inviabilizando a gravidez; uma desigualdade interseccional devido à classe e à origem geográfica.

Giongo (2018) apontou ainda que a redução estatal e o avanço do discurso conservador fundamentalista dos últimos anos no Brasil provocaram um efeito de negação ao avanço e acesso às conquistas no âmbito da ciência às pessoas que apresentam a interseccionalidade de gênero, classe, idade, orientação sexual e origem geográfica. Tal fato impactou no acesso à utilização das tecnologias necessárias para a efetivação das políticas públicas de saúde como um todo. Resumidamente, Giongo (2018) aponta os fatores dificultadores do acesso à RHA: 1) o avanço do discurso de ódio e conservador; 2) a formação em saúde com ênfase heteronormativa e lesbofóbica; 3) a permissão do CFM à objeção de consciência em seu uso das técnicas de RHA às mulheres lésbicas e solteiras. Essas barreiras ratificam o poder de outrem sobre um corpo lésbico sob a perspectiva da manutenção da ordem moral; tal conduta afronta os direitos humanos, a autonomia das mulheres lésbicas ao acesso ao direito reprodutivo e à maternidade no Brasil.

Felipe e Tamanini (2020), a partir dos apontamentos de Moreno (2016), concluíram que o campo da RA está diretamente relacionado aos direitos humanos, sendo o direito à saúde o principal, além de relacionar-se com a infertilidade. Isso influencia as políticas públicas, que em matéria de direitos humanos, estão atravessadas por noções como saúde, enfermidade, normalidade. A infertilidade, segundo as autoras, é entendida como uma doença na perspectiva biomédica, contudo, as mulheres lésbicas não buscam a RHA em virtude da infertilidade, se colocando fora dessa ótica biomédica. “Elas se fazem mães em um projeto de família que é parte do que elas concebem como maternidade lésbica” (Felipe; Tamanini, 2020, p. 21).

Tornar a maternidade lésbica mais visível é uma maneira de evidenciar sua existência, a fim de exigir do Estado a elaboração de políticas públicas que as contemplem e protejam também as famílias formadas por esses pares, entendendo que as mulheres lésbicas são um grupo social sub-representado e minorizado. O acesso à RA por mulheres lésbicas dá destaque à temática da maternidade lésbica e evidência sobre a necessidade de enfrentamento à discriminação e exclusão dessas mulheres ao direito à procriação e ao reconhecimento da existência de

famílias não hegemônicas – cisnormativas –, em igualdade de direitos a outras configurações familiares.

Conclusão

Após esta investigação, que contou com a revisão bibliográfica sobre as temáticas de lesbianidade e maternidade lésbica no Brasil, pode-se afirmar que os dados sobre a saúde de mulheres lésbicas são escassos. No que tange à reprodução assistida – RHA ou RA –, a temática ainda é dominada pela perspectiva heterossexual na sociedade, que influencia a conduta dos profissionais de saúde trazendo desafios, como a desigualdade de tratamento, estereótipos e discriminação às famílias homoparentais que necessitam dessa técnica para viabilizar a parentalidade biológica.

Também foi possível discutir a invisibilidade das mulheres lésbicas por meio das dificuldades que envolvem o acesso à RA e à vivência da maternidade lésbica, indicando que esta é negligenciada. Restou evidente que os serviços disponíveis na saúde pública e gratuita são raros e insuficientes em quantidade e localização geográfica para atender a alta demanda de casais que desejam a maternidade, tornando isso uma questão de desigualdade de tratamento interseccional de gênero, classe, raça, orientação sexual, idade e de origem geográfica (Collins, 2021).

É necessário trazer à centralidade da discussão as demandas dessas mulheres para ampliação e viabilização do acesso aos serviços de RA. Uma das estratégias possíveis é a de tornar a maternidade lésbica mais visível como direito humano e reprodutivo, exigindo o avanço da sociedade quanto à sensibilização para o respeito por essas famílias, e, do Estado, mais políticas públicas que as contemplem e que protejam também as famílias formadas por esses pares.

A revisão de literatura realizada apontou a escassez de registros sobre as primeiras organizações de mulheres lésbicas, o que faz com que parte dessa história possa estar ainda por ser descoberta. Por isso, é de grande relevância que a discussão sobre a vivência lésbica seja ampliada e diversificada, tendo em vista que este é um grupo social oprimido, invisibilizado e discriminado por práticas de silenciamento e de desigualdade de tratamento, que acarretam exclusão no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, entre outros, em afronta à dignidade da pessoa humana, um direito humano universal.

Concluimos este estudo que cumpriu o seu objetivo principal ao discutir os desafios para a concretização da maternidade lésbica por meio de técnicas de RHA.

Avançamos ao relatar a luta contra os estereótipos de gênero e a homossexualidade compulsória, ao abordar a invisibilidade e escassez de acesso às técnicas de saúde reprodutiva para mulheres lésbicas no Brasil. Portanto, esperamos ter contribuído para fortalecer o conhecimento científico no campo dos direitos humanos e da saúde coletiva, para enfrentar a opressão e o conservadorismo que nos cerca nessa estrutura de opressões e múltiplas discriminações ainda presentes na sociedade.

Referências

- AGUIAR, J. M. de. *Mulheres, aids e o serviço de saúde: interfaces*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- AZEREDO, R. F. de. *Maternidade lésbica no Brasil: uma revisão de teses e dissertações nas Ciências Sociais, Humanas e da Saúde*. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- BASAGLIA, C. C. P. *Maternidades lésbicas: clivagem entre as tensões sociais e políticas do tornar-se mãe na contemporaneidade*. 2017. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2017.
- BORBA, R. A linguagem importa? Sobre performance, performatividade e peregrinações conceituais. *Cadernos pagu*, São Paulo, n. 45, p. 441-474, 2014.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BRASIL. *Brasil Sem Homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção de cidadania homossexual*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. Acesso em: 31 out. 2023.
- BRASIL. CFM nº 2.013, de 9 de maio de 2013. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. *Conselho Federal de Medicina*, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resoluocfm%202013.2013.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2023.
- BRASIL. *Chegou a hora de cuidar da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0126_FL.pdf. Acesso em: 21 out. 2023.
- BRASIL. *Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 3 fev. 2023.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 2 fev. 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. Ficam destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Resolução CFM nº 2.121, de 16 de julho de 2015. Manter a limitação da idade das candidatas à gestação de RA até 50 anos foi primordial, com o objetivo de preservar a saúde da mulher, que poderá ter uma série de complicações no período gravídico, de acordo com a medicina baseada em evidências. *Conselho Federal de Medicina*, Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2015/2121_2015.pdf. Acesso em: 2 fev. 2023.

BRASIL. Resolução CFM nº 2.168, de 21 de setembro de 2017. Permite que pessoas sem problemas reprodutivos diagnosticados possam recorrer a técnicas disponíveis de reprodução assistida, como o congelamento de gametas, embriões e tecidos germinativos. *Conselho Federal de Medicina*, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>. Acesso em: 2 fev. 2023.

BRASIL. Resolução CFM nº 2.320, de 20 de setembro de 2022. É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de óocitos em reprodução assistida, em que doadora e receptora compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento. *Conselho Federal de Medicina*, Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320>. Acesso em: 31 out. 2023.

BUTLER, J. *Bodies that Matter: on the discursive limits of “sex”*. New York: Routledge, 1993.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo, 2021.

- CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 147-177, 1996.
- FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.
- FEDERICI, S. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpos e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2019.
- FELIPE, M. G.; TAMANINI, M. Inseminação caseira e a construção de projetos lesboparentais no Brasil. *Revista Nanduty*, Dourados, v. 8, n. 12, p. 18-44, 2020.
- GALF. “Lésbicas: o difícil direito de ser mãe”. *Chana com chana*, São Paulo, v. 6, p. 7-10, 1884.
- GIONGO, C. C. *Mulheres lésbicas e reprodução assistida: entre o direito de acesso e o desejo*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.
- LEITE, T. H. Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 917-928, 2019.
- LORDE, A. *Textos escolhidos: herética difusão lesbofeminista independente*. [S. l.: s. n.], 2009.
- LUCIO, F. P. da S.; ARAÚJO, E. C. de. A maternidade de mães lésbicas na perspectiva da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 19, p. 1-10, 2017.
- MACHIN, R.; COUTO, M. T. “Fazendo a escolha certa”: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1255-1274, 2014.
- MATIAS, A. G. T.; BARONE, M. A.; RODRIGUES, A. Fazendo ruir o dispositivo da Maternidade e (re) inventando maternagens possíveis: narrativas infames e potentes! *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 1-18, 2021.
- MORENO, G. Legislar sobre la Vida: los saberes autorizados y la regulación de la gestación por sustitución en Argentina. In: STRAW, C. et al. *Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina*. Curitiba: CVR Editora, 2016. p. 211-237.
- PEREIRA, S. et al. Tradução: Manifesto do Coletivo Combahee River. *Plural*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 197-207, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/159864/154434>. Acesso em: 23 ago. 2024

PEREIRA, S.; GOMES, L. S. Manifesto do Coletivo Combahee River. *Plural*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 197-207, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/159864/154434>. Acesso em: 19 nov. 2022.

RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades*, Natal, v. 4, n. 5, p. 17-44, 2010.

RODRIGUES, J. L.; SCHOR, N. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais. *Fazendo gênero*, [s. l.], v. 9, p. 1-11, 2010.

SCHRAIBER, L. B. Saúde de homens... e mulheres: questões de gênero na saúde coletiva. In: GOMES, Romeu. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 7-20.

SILVA, D. A. *Enfim mães!:* da experiência da reprodução assistida à experiência da maternidade lésbica. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, R. K. dos S. e. *et al.* Direitos sexuais e reprodutivos para mulheres lésbicas: uma análise das políticas públicas do Brasil. In: SOMBRA, Isabelle C. de N. (org.). *Diário da Teoria e Prática na Enfermagem* 5. 5. ed. Ponta Grossa: Atena Editora, 2020. v. 5. p. 119-130.

TAMANINI, M. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil*. 2003. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86100/191938.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 1 dez. 2022.

TIBONI, M. *Mama: um relato de maternidade homoafetiva*. São Paulo: Dita Livros, 2019.

Capítulo 6

SEXO SEGURO ENTRE VULVAS

o que tem pra hoje?

Talita Mara Maia Tavares

Julaina de Farias Mello Lima

Se hoje, um dia qualquer, de um mês qualquer, do ano de 2024, no Brasil, uma pessoa com vulva resolve fazer sexo seguro com outra pessoa com vulva e pergunta: “O que tem pra hoje?”; a resposta será relativamente curta: “Hoje só tem ‘camisinha’¹ pra você cortar ou plástico filme, desse que a gente compra no mercado, pra você ficar segurando um pedaço na boca ou na ‘xoxota’². Você também pode se enrolar nele! Luva e *dental dam*³ hoje não tem. Qual você prefere?”; e a contrarresposta será ainda mais curta: “Nenhum!”.

Esse pequeno diálogo é fictício, mas baseado em relatos fáceis de serem acesados no universo que envolve a prática do sexo entre pessoas com vulva que se preocupam minimamente com a questão do sexo seguro. Demonstra a realidade

1 “Camisinha” é um termo utilizado para se referir a preservativo, geralmente o externo, também conhecido pelo termo em desuso “preservativo masculino”. O motivo do desuso do termo é o fato de que todas as pessoas, independentemente do gênero, podem utilizá-lo de maneiras para além da qual ele foi inicialmente projetado.

2 “Xoxota” é um dos muitos termos utilizados para se referir à vagina.

3 “*Dental dam*” é uma barreira de látex utilizada em procedimentos dentários.

de pessoas brasileiras com vulva, que praticam sexo com outras pessoas com vulva, e que desejam exercer o direito de protegerem sua saúde contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Sendo assim, nos chama atenção que em nosso país não exista nenhuma resposta específica para o sexo seguro entre vulvas e que pessoas com vulva sigam sem estratégias efetivas e não improvisadas de prevenção para práticas sexuais que vão para além da penetração de um pênis em uma vagina. Construímos neste capítulo, então, um percurso argumentativo ancorado na ideia de que o Brasil, enquanto país forjado nos moldes de uma “nação heterossexual” (Curiel, 2013), produz políticas públicas de saúde pautadas pela mesma lógica binária e cisheteronormativa.

Nesse sentido, nos perguntamos se esse quadro se apresenta devido ao fato de a vulva a priori ser reconhecida como um órgão feminino, ligado ao feminino, ligado a mulheres e, sendo assim, marginalizado, desvalorizado, repleto de adjetivos negativos que permeiam o imaginário social do senso comum desde a figura bíblica conhecida como Eva, passando pelas “bruxas” da inquisição, e ainda perceptíveis nos dias atuais.

As “bruxas” eram as mulheres hereges, curandeiras, desobedientes mesmo sendo esposas, ou seja, eram subversivas. Eram mulheres que ousavam viver e que não tinham medo de, por exemplo, envenenar a comida de um senhor de escravos para incitar uma rebelião (Federici, 2017). Federici (2017) questiona sobre o que explicaria a execução de milhares de “bruxas” no começo da Era Moderna, já na introdução de sua obra *Calibã e a bruxa*, que tem como objetivo refletir sobre as conexões entre o surgimento do capitalismo e a guerra contra as mulheres.

Tal guerra se justifica ainda hoje quando notamos que o próprio capitalismo ignora demandas levantadas por pessoas com vulva no que tange à prática sexual entre elas. Almeida (2005), ao citar Foucault (2001), analisa o quanto as práticas sexuais consideradas homossexuais, ou seja, entre genitálias pares, alimentam a necessidade da construção de um segredo. Segredo este tão essencial para a manutenção da docilização e do controle dos corpos que escapa até do capitalismo implacável, que não faz questão nem de lucrar com ele.

Para além das questões referentes à marginalização da mulher, e consequentemente de sua vulva, em nossa sociedade, Barboza (2013) explica que o feminino é composto por uma complexidade que o abrange desde sua configuração biológica, passando pelo gênero, sendo este determinado culturalmente, e assim como tudo o que é relativo à mulher do ponto de vista individual e coletivo, e que, sendo

assim, não é raro que tudo que atinge uma mulher, em geral, interessa a todas as outras. O resultado disso é um corpo submetido, mais do que qualquer outro, tanto às imposições de gênero quanto a diferentes instrumentos de “docilização” que influenciam até o mercado de consumo (Barboza, 2013).

Tais imposições de gênero justificam o porquê de existirem no mercado apenas dois tipos de preservativos, o interno e o externo, sendo o primeiro também conhecido pelo senso comum como “feminino”, e o último como “masculino”, uma vez que até o interno foi projetado para a prática da penetração, desconsiderando outras possíveis práticas exercidas entre pessoas com vulva, levando com que este, assim como o externo, também precise ser adaptado.

Meinerz (2011) fez uma pesquisa em que constatou que era recorrente entre as entrevistadas a negativa à utilização de preservativos convencionais. Ela cita como exemplos as camisinhas de língua e de quaisquer outros materiais como papel filme e luvas cirúrgicas, os quais o uso é aconselhado por um número considerável de profissionais tanto da ginecologia quanto de outras áreas da saúde, além também de serem divulgados à época por campanhas organizadas por setores do movimento lésbico. Tais métodos eram vistos pelas mulheres entrevistadas como barreiras ao contato indispensável na prática sexual. Por mais que as entrevistadas se declarassem conscientes da possibilidade de infecções transmissíveis pela via sexual, elas diziam que se expunham a elas por considerarem que são de fácil tratamento, o que fala sobre uma preocupante banalização das ISTs⁴. Durante o estudo, a autora explica que a banalização vai fazendo sentido na medida em que é comparada ao impacto da Aids: “Desse modo, a baixa probabilidade de contágio pelo HIV/Aids (embora seja uma possibilidade considerada como sempre presente) faz com que as mulheres se percebam como fora do grupo de risco” (Meinerz, 2011, p. 144).

Tal constatação efetuada em 2011 permanece atual, de que no sexo praticado entre pessoas com vulva, além da não adesão ao uso de estratégias de prevenção a ISTs, existe a banalização destas, devido à crença de que são de fácil tratamento e de que o índice de contágio pelo HIV/Aids seria de baixa probabilidade nesse determinado grupo. Tais temas são de extrema relevância e de baixa produção de conteúdo, seja ele acadêmico ou ofertado pelo movimento social.

4 Na ocasião usava-se o termo “Doenças Sexualmente Transmissíveis” (DSTs), que caiu em desuso e foi substituído por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Sobre a questão do “grupo de risco”⁵, ao qual as mulheres pesquisadas por Meinerz (2011) consideram não fazer parte, cabe ressaltar que, de acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaids), essas mulheres que fazem sexo com outras mulheres são um grupo diverso e com variações que se desdobram na identidade sexual, nos comportamentos sexuais, nas práticas sexuais e até nos comportamentos de risco. A autora cita alguns estudos que indicavam que, sobretudo as adolescentes e as jovens, bem como as mulheres adultas com parcerias sexuais consideradas masculinas ou femininas, podem estar em maior chance de ISTs e HIV, com base nos comportamentos relatados⁶.

É preciso considerar que IST não é só HIV, que o fácil tratamento é relativo, já que depende de vários outros fatores como, por exemplo, o acesso e que os estudos sobre HIV no sexo entre duas vaginas ainda são incipientes no que tange à comprovação por meio de estudos específicos. Sendo assim, nossas problematizações neste capítulo partem justamente dos trabalhos de Almeida (2005) e Meinerz (2011). Almeida (2005), em sua tese de doutorado em Medicina Social, descreve sua experiência no ano de 1999, quando constatou que pouco se falava sobre lésbicas dentro do movimento social organizado e do poder público no estado do Rio de Janeiro, levantando a importância de abordar o tema sem esgotá-lo e fazendo um chamado para que seu estudo fosse apenas um ponto de partida para muitos outros.

Meinerz (2011), por sua vez, em pesquisa etnográfica sobre relações homoeróticas femininas em segmentos médios urbanos na cidade de Porto Alegre, identificou que mesmo a questão da saúde não tendo sido especificamente o problema de sua dissertação, o tema do sexo seguro apareceu de maneira instigantemente provocativa entre os dados coletados.

A provocação existe porque a demanda existe, e tal demanda segue sem respostas para além de improvisos que ocorrem sempre a partir do que é pensado para atender as expectativas da cisheteronormatividade pensada de maneira biológica e binária, o que não estimula a adesão. Ainda em Meinerz (2011, p. 143), ao perguntar às mulheres se elas procuravam fazer sexo seguro com as mulheres com as quais se relacionavam, frequentemente ouvia como resposta a seguinte pergunta: “Você

5 O termo “grupo de risco” caiu em desuso por conta de seu caráter estigmatizante a um determinado grupo de pessoas, e foi substituído por “comportamento de risco”.

6 Ver: <https://unaids.org.br/desafiounaids/index.php/perguntas/se-uma-mulher-fizer-sexo-com-outra-mulher-e-uma-delas-tiver-aids-pode-infectar-outra/>.

acredita que exista alguma sapata que faça?”; e elas afirmavam que não existem métodos adequados para fazer sexo seguro entre mulheres.

De fato, não existe. Os recursos são escassos e sempre improvisados. Ademais, o assunto não é amplamente tratado e divulgado. Se o próprio movimento feminista se deixa intimidar pela mensagem social que lhe exige silenciar, invisibilizar e postergar o lesbianismo⁷ para ser minimamente respeitado (Almeida, 2005, p. 92), torna-se imperioso pensar a quem mais poderia interessar tal questão. Citamos aqui posicionamentos dos movimentos feministas, uma vez que os trabalhos que versam sobre mulheres lésbicas e bissexuais ainda são encontrados em maior escala quando se trata dessa temática especificamente e não em um escopo mais amplo. Ademais, não podemos perder de vista que a vulva não contempla apenas mulheres cis.

Nesse sentido, cabe ressaltar que, ao considerarmos pessoas com vulva, entre elas estão homens trans, pessoas transmasculinas e não binários e eventualmente mulheres trans e travestis que optam por cirurgia de redesignação sexual, o que em absoluto nos leva a questionar questões de gênero e identidade de gênero. Estamos aqui refletindo sobre a vulva como um órgão desconectado necessariamente do gênero feminino, e como dito anteriormente, assim como assuntos sobre mulheres interessam a todas as mulheres, assuntos sobre vulva interessam a todas as pessoas com vulva. Nas palavras da professora Jaqueline Gomes de Jesus (2012), o sexo de uma pessoa é determinado pela ciência biológica a partir do tamanho de suas células reprodutivas. Segundo a autora, as células pequenas são os espermatozoides, o que torna uma pessoa macho; e as grandes são os óvulos, o que torna a pessoa fêmea. Para a autora isso é muito pouco e obviamente não define os comportamentos das pessoas, sejam estes ditos femininos ou masculinos, até mesmo porque variam de acordo com a cultura.

Refletindo sobre o até aqui exposto, no que tange à marginalização da homossexualidade de maneira geral, que é o que a sociedade entende quando se fala em sexo com genitálias pares, da mulher, do feminino, da vulva e a influência dessa questão inclusive no capitalismo e no potencial de mutação de todas essas categorias social e historicamente construídas, vamos falar de vulvas, de pessoas com

7 O sufixo “ismo” caiu em desuso em palavras que expressam orientação sexual e identidade de gênero. Exemplo: troca-se lesbianismo por lesbianidade, homossexualismo por homossexualidade, transexualismo por transexualidade, entre outros.

vulva, e não necessariamente de mulheres, mulheres lésbicas, homens trans, trans-masculinos, não binários e afins.

De acordo com Almeida (2005), esses termos não encontram importância na capacidade real que eles possuem de classificar as pessoas, categorizando-as como “heterossexuais” ou “homossexuais”. Seriam eles atributos importantes de uma ideologia do erótico, como “lésbica”, “bissexual”, “heterossexual” ou até mesmo “MSM” ou “HSH”⁸. Para o autor, tais termos “são aqui entendidos consequentemente, como construções históricas e mutantes, destinadas a dar inteligibilidade a atos sexuais produzidos em contextos culturais muito específicos” (Almeida, 2005, p. 15).

Haraway (1985) nos auxilia no processo de desconstruir a vulva como um órgão unicamente ligado ao gênero feminino, o que nos possibilita incluir outras pessoas com vulva como homens trans, transmasculinos, não binários e afins em nossas inquietações e lançar a possibilidade estratégica de que talvez desconectando a vulva do feminino cisgênero e consequentemente de uma prática sexual que visa apenas a reprodução, esta poderia se tornar mais atrativa do ponto de vista não só acadêmico, mas também mercadológico, o que motivaria enfim a criação de estratégias específicas que atendam as demandas de prevenção e proteção em questão.

A referida autora, em seu *Manifesto ciborgue* (1985), ao falar da crescente existência de uma possibilidade de resposta à dolorosa fragmentação entre as feministas, que se dá na coalizão afinidade em vez de identidade, vai ao encontro de Almeida (2005), quando este explicita uma convicção que o impele como pesquisador, que assim partilha de uma tradição intelectual na qual a sexualidade é percebida como uma construção social, a repudiar qualquer ancoragem em supostas evidências da existência de um “corpo lésbico” biologicamente distinto do corpo das mulheres heterossexuais. Essa demarcação se faz importante quando, ao fazer uma análise sobre a história da ginecologia brasileira, Almeida (2005) constata que esta não nasceu preocupada com a garantia da saúde feminina em si, mas com a conservação do corpo feminino entendido de forma eminentemente instrumental para a reprodução. Nesse sentido, corpos lésbicos eram (?) perversamente excluídos e colocados em situação de patologia e higienização.

8 “MSM”, mulheres que praticam sexo com outras mulheres; “HSH”, homens que praticam sexo com outros homens. Em ambos os casos, não existe a autoidentificação de homossexualidade.

Ademais, percebemos que a não adesão da ginecologia a mulheres que não necessariamente se apresentam como possibilidade de um corpo pronto e docilizado para a reprodução gera uma “culpa” que é atribuída a elas por manterem suas práticas sexuais em segredo. Cabe refletir sobre se o que existe é de fato um segredo ou uma recusa em servir a fetichização de suas relações, uma vez que, segundo Almeida (2005), autores como Mott e Pires (1987) usaram termos como “roçadinho” (empregado como sinônimo do atrito genital de duas mulheres) e “chupadinho” (empregado como sinônimo do coito bucal de duas mulheres) (Pires, 1987, p. 48 *apud* Almeida, 2005, p. 135) e foram considerados revolucionários à época, enquanto se preocupavam com as categorias “passiva” e “ativa”, ignorando as reais necessidades desse grupo de mulheres: pesquisas, estudos, dados, materiais de orientação, cartilhas, enfim, respostas.

Foi em busca de alguma resposta que entre 29 de junho de 2021 e 21 de novembro de 2021 pesquisamos materiais disponíveis em português falado no Brasil sobre sexo entre vulvas existentes na rede mundial de computadores (internet) e de que modo tal material disponível contempla outras pessoas com vulva e que não se entendem do gênero feminino como, por exemplo, homens trans, transmasculinos e pessoas não binárias e por quem ou qual esfera o material disponível foi produzido.

Seguindo as orientações de Gil (1999), o delineamento da pesquisa foi além de exploratório, devido à pouca produção sobre o tema, bibliográfico e documental, visto que partimos do tema “sexo seguro entre vulvas” e do problema “o que tem pra hoje?”, ou seja, o que existia (ou existe) de resposta para tal questão. Para a coleta de dados, *sites* da internet foram utilizados como campo de busca tanto para mapeamento de materiais que versassem diretamente com pessoas com vulva quanto para possíveis materiais que demonstrassem fluxos, protocolos e sobretudo orientação a profissionais da saúde. Organizamos as buscas por *sites* específicos, com as mesmas palavras-chave pré-definidas em todos eles. Os primeiros foram os de busca Google, Google Acadêmico, Scielo e Scopus, seguidos pelos de organizações ligadas a saúde e direitos humanos – Ministério da Saúde (MS), Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania (MDHC) e Organização das Nações Unidas (ONU). Nossa expectativa de encontrar um material que abordasse o sexo seguro entre vulvas independentemente do gênero não foi correspondida. No entanto, foi possível encontrar materiais voltados para gestores e profissionais da saúde, para homens trans e transmasculinos e para mulheres lésbicas e bissexuais.

Analisando os materiais selecionados notamos que temos a “Cartilha de saúde LGBTI+: políticas, instituições e saúde em tempos de COVID-19” (do Unaid) como um material que pode ser considerado de referência para profissionais e gestores, uma vez que incentiva a pesquisa e indica tais caminhos para aprofundamento. A cartilha “Saúde do homem trans e pessoas transmasculinas” (da Rede Trans) também se configurou em nossa análise como um material de referência não só para o seu público-alvo, mas também para profissionais e gestores, apesar dos pontos sensíveis que abordaremos a seguir, no intuito de fazer uma provocação acerca das consequências e dos impactos da relação que nossa sociedade estabeleceu com as vulvas. Já a cartilha “Velcro seguro – o guia de saúde sexual para mulheres lésbicas e bissexuais com vulva (@VLKRR)”, de maneira rápida, com material atraente e eficiente, pode ser considerada o material mais adequado no que tange à fácil comunicação com o público amplo.

Do ponto de vista da produção, apesar do envolvimento governamental tanto na “Cartilha de saúde LGBTI+: políticas, instituições e saúde em tempos de COVID-19” quanto na cartilha “Saúde do homem trans e pessoas transmasculinas”, a TODXS, a Rede Trans e o IBRAT, assim como outras Organizações Não Governamentais (ONGs), se destacam. A cartilha “Saúde do homem trans e pessoas transmasculinas”, por exemplo, não consta no *site* do MS, apesar de seu envolvimento.

A cartilha “Velcro seguro” é produto de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de uma universidade pública. Tal material, que se destacou de maneira geral como o mais efetivo para o público amplo apesar de ter público-alvo limitado, foi iniciativa de uma mulher, lésbica, estudante, militante.

Cabe ressaltar que a cartilha “Velcro seguro” foi pensada para atender as demandas de mulheres cisgênero lésbicas e bissexuais, contendo embasamento técnico que consistiu no seu desenvolvimento com o acompanhamento de uma médica e excelentes ilustrações. Considerando todas as problematizações trazidas até aqui, nossa hipótese é de que isso ocorra justamente por ter sido desenvolvida por uma mulher, ou seja, “o ser com vulva por excelência”, de acordo com o que foi construído socialmente.

O material aborda também a importância dos testes rápidos, das consultas médicas e de exames como o Papanicolau e o de mama, além de desconstruir outros mitos comuns que transitam nos espaços majoritariamente lésbicos e bissexuais como, por exemplo, de que não existe possibilidade de ISTs no sexo entre vulvas, de que não é relevante falar das práticas sexuais entre vulvas nas consultas médicas,

de que é possível efetuar penetração com os dedos estando estes com as unhas compridas sem o risco de cortes na vulva e vagina.

A cartilha se encerra com a frase: “Resistir também é estar viva”, que pode ser interpretada dentro desse contexto como um chamamento para que as pessoas com vulva que se relacionam sexualmente com outras pessoas que também possuem vulva entendam a responsabilidade com a própria saúde e com a saúde da pessoa que configura parceria sexual redobrada, visto que o descaso governamental com a temática é notoriamente observado e que, em práticas cisheteronormativas, não existe uma vez que nestas a responsabilidade é colocada apenas sobre as pessoas com vulva, ou seja, não é uma via de mão dupla.

O referido material teve grande repercussão nas mídias sociais, tendo sido inclusive indicado na “Cartilha de saúde LGBTI+: políticas, instituições e saúde em tempos de COVID-19”, que traz sessões exclusivas sobre mulheres lésbicas e bissexuais, homens trans, mulheres trans e travestis e pessoas intersexo.

No que se refere a mulheres lésbicas e bissexuais, o texto critica a realidade de despreparo de profissionais e inexistência de estratégias específicas, reconhecendo os imprevistos e a falsa crença de que sexo entre vulvas não implica risco de ISTs. Com relação a homens trans e pessoas transmasculinas, o documento expõe a questão do desrespeito ao nome social, despreparo de profissionais e outros aspectos da transição.

Ainda com relação às mulheres lésbicas e bissexuais, o documento contextualiza o que significa nascer com vulva em nossa sociedade e o que tal fato determina no acesso a direitos. Reconhece a baixa efetividade nos tratamentos de saúde, assim como a ineficiência do acolhimento e no quanto tais fatores contribuem para uma vivência bastante grave de estresse. Também trata da questão da consulta ginecológica, assunto muito caro quando se trata de mulheres sobretudo lésbicas, assim como homens trans e transmasculinos. Cita o despreparo e a lógica heteronormativa que permeia a consulta e os possíveis tratamentos que podem vir a ser necessários.

O material traz uma crítica do Unaidis muito pertinente acerca da presença da heteronormatividade até na escassez de métodos de sexo seguro para práticas que não envolvam exclusivamente a penetração pênis/vaginal. Explica que a falta de materiais específicos obriga a população com vulva que pratica sexo entre genitálias pares a recorrer a materiais e métodos improvisados e menciona os já citados: cortar e adaptar preservativos internos e externos; uso de plástico filme durante o sexo oral; uso do *dental dam* (quadro de látex usado por dentistas e vendido

exclusivamente em lojas de materiais odontológicos); uso de luvas cirúrgicas para penetração com os dedos. O texto conclui que, na verdade, as pessoas que querem ter um sexo seguro entre vulvas terem que recorrer a essas “gambiarras” demonstra que nossa sociedade e o mercado não se preocupam em proteger outros órgãos além do pênis.

O material aborda saúde reprodutiva, as fragilidades e ineficiências dos serviços de saúde e de suas equipes, nome social e no que implica o não respeito a este, acolhimento dos homens trans e transmasculinos, principalmente nos consultórios ginecológicos, processo transexualizador, as adequações corporais, entre outros assuntos.

Trata-se de material bastante amplo que abre um leque de possibilidades de estudos e pesquisas e aprofundamentos para o público leitor, o que é ótimo, porém frágil, uma vez que as condições de trabalho, entre outras questões, como, por exemplo, o preconceito e a máxima de que a população LGBTQIAPN+⁹ é apenas um “tema transversal”, podem limitar seu real alcance, e assim o que será entregue de respostas para a população na ponta dos equipamentos de saúde.

Um ponto que nos chamou atenção foi o latente posicionamento na cartilha “Saúde do homem trans e pessoas transmasculinas” de que o sexo praticado se resume basicamente a eles penetrando com uma prótese ou sendo penetrados por um pênis ou uma prótese, desconsiderando a possibilidade da prática sexual que envolve vulva x vulva. Outro ponto que nos chamou atenção foi existir no documento uma única passagem que insinua de maneira não muito nítida o sexo entre vulvas. Na verdade, fala de “fricção entre órgão sexuais”.

Consideramos esse dado importante, uma vez que o documento trouxe inclusive a questão da “chuca”¹⁰ e do “*fisting*”¹¹, que não são necessariamente termos específicos do universo dos homens trans como, por exemplo, o *packer*¹² e o *pump*¹³. Porém são termos considerados comuns entre “homens cis gays”; já a prática do

9 LGBTQIAPN+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticos/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticos, Não Binários e muito mais.

10 “Chuca” é uma gíria para “enema”. Trata-se de uma lavagem intestinal.

11 “*Fisting*” é o termo usado para penetração da mão até o pulso no canal vaginal ou anal.

12 “*Packer*” é uma prótese peniana em silicone que pode apresentar as seguintes funções: volume na roupa, penetração, prazer próprio durante a penetração para quem o utiliza, urinar em pé.

13 “*Pump*” é uma prática que consiste em utilizar um equipamento para produzir vácuo e puxar o clitóris, com o objetivo de aumentá-lo.

sexo entre vulvas, mencionada de maneira incipiente no documento, é considerada comum entre “mulheres cis lésbicas”.

Em se tratando de nossa sociedade cisheteronormativa, transfóbica e limitante, não é raro o senso comum associar que homens trans se relacionam basicamente usando um *packer*, e sendo assim, desconsideram a possibilidade de um sexo entre vulvas, colocando o pênis, nesse caso, o *packer*, no centro da questão, em detrimento da vulva, nesse caso, masculina.

O fato da “chuca” e do “*fisting*” terem sido mencionados, além da citação incipiente sobre sexo entre vulvas, nos faz refletir na possibilidade, mesmo que inconsciente, de apagar do documento uma prática compreendida pela sociedade como “feminina”, ressaltando tais práticas compreendidas como “masculinas”, independentemente da orientação sexual, visto que o “problema” aqui seria uma possível associação com algo que é “feminino”, não só pelo objetivo talvez de não associar homens trans com mulheres, o que é legítimo, porém apagando a existência de uma prática sexual apenas pelo fato de ser compreendida na sociedade como uma “prática lésbica”, uma vez que o mesmo não foi feito com “práticas teoricamente *gays*”.

Isso nos faz retomar a discussão inicial sobre a demonização de tudo o que versa sobre a vulva, por esta ser associada ao feminino e sobre ser anulada quando não necessariamente atende ao objetivo da reprodução, ou seja, quando não interage com um pênis, e sim com outra vulva. A associação da vulva com o feminino, que é algo que questionamos aqui se não precisa ser desconstruída para que esta enfim seja vista e para que existam políticas públicas específicas para ela independentemente da reprodução, se mostra como ainda mais complexa quando mesmo estando presente em um homem trans, ainda seja vista como um órgão ligado ao feminino.

Tal constatação nos demonstrou o quanto a associação da vulva para algo além da penetração, e nesse caso a vulva masculina dos homens trans também, que só atenderia expectativas sociais de ser penetrada ou de estar por trás da prótese que penetra, é arraigada e expressa de maneira quase inconsciente.

Garantias não existem de que uma pessoa com vulva, que se identifique como um homem trans ou transmasculino, ao praticar sexo sem prótese, colocando sua vulva ao encontro de outra, terá conforto em acessar um material voltado para mulheres lésbicas e bissexuais, e não há como o questionarmos mediante a imagem que foi construída socialmente sobre pessoas que fazem sexo entre genitálias pares, nesse caso a vulva, além da errônea possível associação desses homens trans ou transmasculinos como lésbicas, o que os fere em sua identidade.

O exercício de uma prática sexual para além da reprodução e da penetração de um pênis em uma vagina, entendendo a importância desta quando assim se deseja como uma manifestação da própria saúde, sem riscos do ponto de vista físico, mental e moral, configura-se como um direito humano. O enquadramento binário dos corpos por parte do Estado interfere diretamente nas políticas públicas de saúde. Em um país que é referência em cuidados a pessoas vivendo com HIV no mundo, a resposta acerca do tema sexo seguro entre vulvas ser “Você acredita que exista alguma sapata que faça?” (Meinerz, 2011, p. 143) pode ser considerada uma violação dos direitos humanos.

Inspiradas por Curiel (2007, p. 92), em suas “críticas pós-coloniais a partir de um feminismo antirracista”, entendemos a importância de realizar pesquisas capazes de driblar posicionamentos acadêmicos sustentados por lógicas hetero-normativas, racistas, classistas e sexistas. Diante desse contexto brasileiro, no qual demandas básicas de mulheres, mulheres lésbicas, homens trans, transmasculinos e pessoas não binárias seguem sendo invisibilizadas, é urgente colocar a vulva no mapa e no topo das discussões sobre sexo seguro.

Referências

- ALMEIDA, G. *Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- BARBOZA, H. H. A docilização do corpo feminino. In: SILVA, D. A. da. *et al. Feminilidades: corpos e sexualidades em debate*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2013. p. 351-362.
- CARTILHA de Saúde LGBTI+ Políticas, instituições e saúde em tempos de COVID-19. *Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania*, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/ministerio-lanca-material-voltado-ao-publico-lgbt-para-prevencao-do-coronavirus>. Acesso em: 21 nov. 2020.
- CARTILHA VELCRO Seguro – O Guia de Saúde Sexual para Mulheres Lésbicas e Bissexuais com Vulva (@VLKRR). *Universidade Federal de Santa Maria*, Santa Maria, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/20194/Sartor_Nicolle_Christine_2019_TCC_Fanzine.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 17 fev. 2022.

CURIEL, O. Crítica poscolonial desde las prácticas políticas del feminismo antirracista. *Revista Nómadas*, Bogotá, n. 26, p. 92-101, 2007.

CURIEL, O. *La Nación Heterosexual*: análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación. Bogotá: Edición Brecha Lésbica y en la frontera. 2013.

FEDERICI, S. *Calibã e a Bruxa*: mulhers, corpo e acumulação primitiva. São Pulo. Editora Eeefante, 2017.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HARAWAY, D. Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo- socialista no final do século XX. In: HOLLANDA, H. B. de. *Pensamento Feminista*: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro. Bazar do Tempo, 2019. p. 157-210.

JESUS, J. G. de. *Orientações sobre identidade de gênero*: conceitos e termos. Brasília, DF: [s. n.], 2012.

MEINERZ, N. E. *Etnografia sobre relações homoeróticas femininas em segmentos médios urbanos na cidade de Porto Alegre*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2011.

SARTOR, N. C. *Velcro seguro*: o guia de saúde sexual para mulheres lésbicas e bissexuais com vulva. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Publicidade e Propaganda) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2019. Disponível em: <https://unaid.org.br/desafiounaids/index.php/perguntas/se-uma-mulher-fizer-sexo-com-outra-mulher-e-uma-delas-tiver-aids-pode-infectar-outra/>. Acesso em: 12 fev. 2022.

Capítulo 7

O SEGUNDO ARMÁRIO DOS HOMENS GAYS QUE VIVEM COM HIV

Diego A. Rivas dos Santos

Thiago Silva Torres

O presente capítulo busca promover uma reflexão acerca do estigma ainda existente em relação aos homens *gays* que vivem com HIV, partindo da premissa de que grande parte desses sujeitos convivem com “dois armários”.

O “primeiro armário” corresponde à homossexualidade, sendo provocado devido a todo o preconceito e a discriminação existente com pessoas que sentem atração sexual e afetiva por indivíduos de gênero igual àquele com o qual se identifica. No que tange ao “segundo armário”, este também é motivado por preconceito e discriminação, mas, nesse caso, associado a viver com HIV.

O avanço científico contribuiu para uma evolução do tratamento do HIV ou terapia antirretroviral. Hoje é possível que uma pessoa vivendo com HIV apresente carga viral indetectável, a partir do momento em que esse indivíduo usa o medicamento de forma contínua e correta, com risco zero de transmissão do vírus (Broyles *et al.*, 2023; Organização Mundial de Saúde, 2023), e evitando a progressão para a

Aids¹ (Lundgren *et al.*, 2015). Contudo, mesmo após se passarem quatro décadas desde o início da epidemia de HIV, ainda existe muita desinformação sobre prevenção, tratamento e diagnóstico do HIV no Brasil e no mundo (Agarwal *et al.*, 2023; Ferreira *et al.*, 2022; Rendina *et al.*, 2020; Torres *et al.*, 2020), o que resulta em uma carga de estigma, preconceito, discriminação e barreiras no tratamento para muitos indivíduos frente a um resultado positivo para o HIV.

Apesar desses avanços, falar sobre HIV e Aids ainda é um grande tabu na sociedade brasileira, apesar do progresso quanto ao conhecimento sobre o vírus (HIV), a doença (Aids) e as formas de tratamento e prevenção. Por isso, precisamos falar sobre o HIV e a Aids para romper com essa lógica de “tema proibido”, pois o desconhecimento só contribui para perpetuar o sofrimento que milhares de pessoas passam todos os dias, ocasionado pela falta de acesso, ou acesso de forma distorcida, a tais informações.

O estudo aqui apresentado é proveniente de inquietações e indagações de um dos autores desse trabalho ao aproximar-se do assunto, a partir do acesso ao documentário intitulado: *Carta para além dos muros*². Os questionamentos inerentes ao tema amadureceram no decorrer dos debates promovidos pelas aulas do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade, ofertado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2021, resultando em uma pesquisa bibliográfica de cunho exploratório.

Esse estudo tem por objetivo analisar os dilemas vivenciados por homens homossexuais ou *gays* que vivem com HIV, no que tange à carga de estigma, discriminação e o preconceito, ainda persistentes atualmente e manifestados contra essas pessoas. O estudo é construído a partir de um referencial teórico existente sobre o tema, dados provenientes de pesquisas científicas sobre o HIV e por meio da análise de vídeos e conteúdos digitais sobre o assunto disponíveis no YouTube³, que promovem informações sobre o HIV e como é viver com o vírus hoje. Os

- 1 HIV e a Aids não são sinônimos. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma doença resultante da infecção pelo HIV, que ataca e enfraquece o sistema imunológico responsável por defender o organismo contra doenças oportunistas, tornando as pessoas que vivem com HIV mais vulneráveis ao aparecimento de enfermidades. A Aids configura-se como um estágio avançado da infecção causada pelo HIV.
- 2 O documentário *Carta para além dos muros*, dirigido por André Canto, reconstrói a trajetória do HIV e da Aids, com foco no Brasil, por meio de entrevistas com médicos, ativistas, pessoas vivendo com HIV e diversos outros atores.
- 3 Os canais no YouTube acessados e analisados no decorrer dessa pesquisa foram: Projeto Boa Sorte, idealizado por Gabriel Estrela; Doutor Maravilha, do médico Marcos Vinicius Borges Tadeu; Super Indetectável, de João Geraldo Neto; Falo Memo, do youtuber Lucas Raniel.

responsáveis por esses canais são homens *gays* e a grande maioria vive com HIV, e relatam o motivo pelo qual decidiram falar publicamente sobre o assunto.

Parte-se da hipótese de que o estigma e a violência se acentuam quando um homem *gay* vive com HIV. Outra hipótese aqui levantada é de que o acesso rápido ao conteúdo digital por meio da internet contribui para a socialização de saberes sobre o assunto e o enfrentamento a atitudes discriminatórias e estigmatizantes, ao retratar histórias de vida cotidianas e reais.

A soropositividade, aqui associada ao “segundo armário”, refere-se a algo que o indivíduo precisa ocultar, tendo em vista que viver com HIV se configura como um estigma social, uma espécie de cicatriz deixada na pele, que vai contra as normas culturais estabelecidas pela sociedade e faz com que o indivíduo seja vítima de ações discriminatórias e preconceituosas⁴.

No que tange à relevância desse estudo, destaca-se a necessidade de produção teórica no campo acadêmico sobre o tema, frente ao atual cenário de desinformação, que ainda cercam os assuntos e discussões relacionadas ao HIV e à Aids. Esse estudo justifica-se ainda pela necessidade de combater posturas preconceituosas, discriminatórias e homofóbicas que persistem em associar o HIV e a Aids à homossexualidade. Por isso, faz-se necessário abordar no campo da produção de conhecimento o assunto que trata dos grupos mais expostos ao HIV e como isso precisa ser bem esclarecido, tratado e difundido entre os profissionais de saúde e a sociedade como um todo, no sentido de evitar que homens *gays* encarem a soropositividade como “mais um armário” que lhes aprisione, causando danos psíquicos à saúde.

A temática dos direitos humanos, gênero e sexualidade, tão latentes nos dias atuais, articulam-se diretamente com o objeto de estudo aqui pesquisado, por meio de uma abordagem crítica e reflexiva, contemplando de forma específica alguns marcadores sociais enraizados em nossa sociedade que contribuem diretamente para manutenção de uma desigualdade social, sexual e racial, e por consequência provocam preconceitos, sofrimentos, discriminações, estigmas, violações e violências nos sujeitos sociais.

4 Outra grande inspiração para o autor dessa pesquisa foi o livro intitulado *O segundo armário: diário de um jovem soropositivo*, do autor Gabriel de Souza Abreu, que busca, por meio de uma narrativa sensível e rica em detalhes, apresentar o dia a dia de um jovem *gay* após o diagnóstico positivo para o HIV.

O HIV e a Aids no Brasil: a gênese, o avanço da epidemia e o momento atual

A década de 1970 é marcada pela gênese do movimento homossexual no Brasil, no período em que a ditadura militar apresentava sinais de enfraquecimento⁵. Dentre os episódios que marcam essa primeira onda do movimento homossexual no Brasil, temos, em 1978, o surgimento do Grupo de Afirmação Homossexual (SOMOS) e o lançamento do jornal *O Lampião da Esquina*, que seguiu uma linha editorial de cunho político em defesa das chamadas minorias, como homossexuais, transexuais, bissexuais, negros e mulheres, sempre defendendo as violências sofridas por esses grupos. O movimento homossexual no Brasil ensaiava uma “saída do armário” dos *gays* e contribuía para o avanço das pautas políticas sobre o assunto no campo da garantia de direitos.

Se hoje, século XXI, falar sobre orientação sexual, identidade de gênero e diversidade sexual ainda é um tabu e provoca incômodo na sociedade brasileira frente aos grupos heteronormativos e cisnormativos que ocupam posições de privilégio, no contexto ditatorial militar era ainda mais difícil. Nesse período, toda e qualquer manifestação sexual e de afeto que destoasse do padrão hetero e cis era vista como um atentado à moral e aos bons costumes propagados pela “família tradicional brasileira”, que eram ancorados em um discurso fundamentalista.

Porém, em 1982, com o primeiro caso de Aids confirmado no Brasil e o surgimento das primeiras vítimas da doença, que nesse primeiro momento eram majoritariamente homens *gays*, todo esse avanço começou a desmoronar. A imprensa adotou uma postura sensacionalista, alarmista e preconceituosa em relação à doença, classificando-a como “peste *gay*” e atrelando-a à homossexualidade. Esse cenário contribuiu para acentuar a discriminação aos homossexuais, logo após um pequeno avanço das conquistas do movimento *gay*, no que tange aos direitos e às denúncias de violência sofridas por esse grupo, numa tentativa de combater a invisibilidade e a marginalização em que se encontravam. A forma como o HIV e a Aids são tratados por representantes da Igreja e pela imprensa, revestidos de obscurantismo, contribui diretamente para uma retomada dos homossexuais ao “armário”.

5 Estudos acadêmicos de João Silvério Trevisan (2000); Júlio Assis Simões e Regina Facchini (2009); e Richard Parker (1997) situam a emergência de um movimento homossexual organizado no Brasil no final da década de 1970.

Com o aumento de novos casos de HIV, há um aumento do estigma e culpabilização dos *gays*, em que o vírus se apresentava como uma espécie de punição divina relacionada ao sexo feito entre homens e à promiscuidade, configurando-se como irresponsabilidade, delinquência e anormalidade. A Aids passou a ser considerada a doença dos “cafajestes” e “invertidos”, uma providência divina contra os *gays* que insistiam em satisfazer seus desejos sexuais e afetivos com pessoas do mesmo sexo.

Desde o início, a epidemia do HIV no Brasil desencadeou uma série de comportamentos homofóbicos, o que em tese explicaria todo o estigma, preconceito e discriminação que ainda temos hoje atrelados ao vírus, à doença e à homossexualidade, mesmo após algumas décadas de avanços no tratamento e nas formas de combater a epidemia.

A associação da Aids aos homossexuais rapidamente foi incorporada pelo imaginário social, resultando em um condicionamento da orientação sexual de homens *gays* como um fator determinante para o desenvolvimento da doença. Segundo Lima (2014), a Aids passou a ser divulgada pelos meios científicos, religiosos e jornalísticos como uma punição divina aos atos considerados imorais pelos setores conservadores da sociedade. Para Santos e Schor (2015, p. 55), “[...] a aids ficou sujeita às mais diversas formas de manipulação, funcionando como bode expiatório de fobias coletivas, como o temor à morte e a homofobia”.

De 1981 a 1983, a Aids alcança um altíssimo nível de letalidade e passa a ser vista temporariamente como a doença dos 5H, fazendo referência aos seguintes grupos: homossexuais, hemofílicos⁶, haitianos, heroinômanos⁷ e *hookers*⁸. Temos aqui a gênese do estigma e a criação do termo “grupo de risco”. Cabe salientar que esse termo é considerado discriminatório e desatualizado. As chances de infecção devem ser relacionadas ao comportamento sexual e às formas de prevenção adotadas antes, durante ou após as relações sexuais.

A partir de 1987, as manchetes e notícias veiculadas acerca da epidemia de HIV no Brasil contribuíam para estigmatizar cada vez mais o indivíduo vivendo com HIV. Os termos “vítima”, “portador de Aids” e “aidético” passaram a ser utilizados de

6 Indivíduos diagnosticados com hemofilia, uma doença que ocasiona uma deficiência na coagulação do sangue, exigindo do paciente transfusões de sangue periódicas.

7 Usuários de heroína injetável.

8 Denominação em inglês para as profissionais do sexo.

forma pejorativa, criando-se um estereótipo aos indivíduos que eram classificados como grupos de risco, reforçando uma postura preconceituosa, sobretudo aos *gays*.

O avanço da epidemia de HIV e as incertezas sobre a doença resultaram no surgimento de alianças entre familiares e amigos de pessoas vítimas da doença e os trabalhadores da saúde, diante da ausência de políticas públicas ofertadas pelo Estado. Diversas Organizações Não Governamentais (ONGs) surgiram, voltadas para o enfrentamento da epidemia no país e assistência às pessoas vivendo com HIV, como o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA)⁹, em São Paulo, em 1985.

Em 1989, no Rio de Janeiro, temos a formação do Grupo Pela Vidda, ONG fundada por Herbert Daniel. A ONG visava ser uma porta-voz das pessoas que viviam com HIV, atuando na defesa dos direitos desse grupo, por meio de assistência jurídica e ações educativas de prevenção e conscientização.

A Zidovudina (AZT) foi o primeiro medicamento que se mostrou eficaz para o tratamento do HIV. No Brasil, esse antirretroviral passou a ser distribuído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 1991, passando a ser fabricado em território nacional em 1993. Cabe destacar que o acesso ao AZT pelo SUS foi uma conquista dos movimentos sociais que contou com o apoio das universidades e centros de pesquisa, que pressionaram o Estado para materializar os direitos sociais e humanos, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988.

A aprovação da Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, em 1989, criada por profissionais da saúde e membros da sociedade civil organizada em prol dos direitos das pessoas vivendo com HIV foi uma grande conquista, que contou com o apoio do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS). Em relação a esse documento, destacamos:

[...] III - Todo portador do vírus da aids *tem direito à assistência e ao tratamento*, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.

IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou *qualquer tipo de discriminação* (Brasil, 1989, grifo do autor).

9 Foi a primeira ONG para o enfrentamento do HIV fundada no Brasil, cujo objetivo era possibilitar a melhoria das condições de tratamento e proteção às pessoas que viviam com HIV (Teixeira, 1997).

Como podemos observar, o acesso ao tratamento e a coibição a qualquer discriminação são direitos das pessoas que vivem com HIV desde 1989, apesar de sabermos que historicamente e cotidianamente tais garantias são negligenciadas.

Considera-se o ano de 1996 um marco no tratamento das pessoas que vivem com HIV por dois motivos. Primeiro, na XI Conferência Mundial de Aids, que ocorreu em Vancouver no Canadá, foram apresentados resultados satisfatórios para a eficácia do uso combinado de antirretrovirais (terapia antirretroviral potente, conhecida como HAART ou “coquetel”). Segundo, foi iniciada a distribuição desses medicamentos para pessoas vivendo com HIV de forma gratuita no Brasil por meio do SUS, com a aprovação da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Desde então, observa-se uma redução significativa da mortalidade de pessoas vivendo com HIV, e o Brasil passa a ser reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma referência mundial no controle da epidemia.

Estudos e pesquisas na área, diagnóstico precoce do HIV, campanhas de conscientização e prevenção e dados referentes ao número de pessoas vivendo com HIV e quantas têm acesso ao tratamento antirretroviral são fundamentais para se pensar políticas públicas de médio e longo prazo. Em 2015, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid) estabeleceu a meta global 95-95-95 para o fim da epidemia de HIV até 2030, para que 95% das pessoas conheçam seu diagnóstico positivo para HIV; 95% das que conhecem seu diagnóstico estejam em tratamento; e 95% das pessoas que vivem com HIV e estejam em tratamento, estejam com a carga viral suprimida (UNAIDS, 2015).

Entre 2019 e 2021, o número de casos de infecção pelo HIV declinou 11,1% no Brasil, com maior percentual de redução nas Regiões Sul (15,4%) e Sudeste (15,3%) (Brasil, 2023). Contudo, observa-se nos últimos anos aumento de novos diagnósticos entre algumas populações, entre elas homens jovens que fazem sexo com homens (Coelho *et al.*, 2022). De acordo com dados do MS, nota-se elevação e predomínio de casos entre homens que fazem sexo com homens com até 39 anos de idade, quando comparados os anos de 2015 e 2021. Entre esses anos, o percentual de casos nessa população na faixa etária de 13 a 19 anos passou de 78,3% para 80,8%; na de 20 e 29 anos, de 74,7% para 79,6%; e na de 30 a 39 anos, de 54,6% para 62,0% (Brasil, 2023). Um estudo recente realizado nos anos de 2021 e 2022 estimou a incidência de HIV entre *gays* e outros homens que fazem sexo com homens no Brasil em 2,66% (95% CI:1,78-3,52), sendo maior na faixa etária

entre 18-24 anos (3,48% [1,99-4,94]) frente àqueles com 30 anos ou mais (1,11% [95%CI: 0,34-1,86]) (Torres *et al.*, 2023).

O medo do resultado positivo e a falta de informação apresentam-se como barreiras para diminuição desses números. Por isso, campanhas que incentivem a testagem em massa e multipliquem as informações sobre as formas de prevenção e tratamento são extremamente importantes e urgentes, principalmente entre os mais jovens.

Homens *gays* que vivem com HIV: uma reflexão sobre o estigma e como o conteúdo digital pode ajudar no combate a falácias

As pessoas que vivem com HIV lidam cotidianamente com o estigma, a discriminação e o preconceito, que são acentuados em homens *gays* e outros homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres trans, frente à associação quase que direta que é feita entre o HIV e a homossexualidade e a transexualidade¹⁰, o que provoca nesses indivíduos receio em compartilhar com familiares, amigos e parceiros(as) e falar abertamente sobre o diagnóstico positivo para o HIV. O medo de ter um resultado positivo e a preocupação sobre estigma e discriminação caso o resultado seja positivo foram os principais motivos reportados por *gays* e outros homens que fazem sexo com homens no Brasil para nunca terem realizado teste de HIV na vida (Torres *et al.*, 2019; 2023).

Os homens *gays* se deparam com um dilema duplicado. Na grande maioria das vezes sofreram e sofrem violências para poder viver abertamente a sua orientação sexual e afetiva, frente ao padrão heteronormativo imposto pela sociedade brasileira, e quando se deparam com um diagnóstico positivo para o HIV, um outro obstáculo surge em suas vidas.

A palavra estigma significa uma marca ou cicatriz, refere-se a característica presente em alguém ou em um grupo de indivíduos. As pessoas estigmatizadas acabam sendo discriminadas e vítimas de atitudes preconceituosas por apresentar esse sinal, fazendo com que elas sejam rotuladas. Percebe-se assim como a ideia de estigma está associada a uma questão negativa.

10 Nos países das Américas, incluindo o Brasil, a epidemia de HIV afeta desproporcionalmente *gays* e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, travestis e mulheres trans. Contudo, isso não deve ser justificativa para a associação dessas populações ao HIV.

Homens *gays* sofrem diferentes formas de estigma, incluindo estigmas internalizados, percebidos, vivenciados e em camadas que atuam de forma interseccional, impactando significativamente desfechos de saúde relacionados à prevenção e tratamento do HIV (Fitzgerald-Husek *et al.*, 2017). Um estudo realizado com 2.398 homens *gays* no Brasil verificou que aqueles com maior conhecimento sobre questões referentes ao HIV tinham mais chances de iniciar a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), enquanto aqueles com maiores escores de homofobia internalizada tinham menos chances de iniciar a PrEP (Blair *et al.*, 2022).

O estigma relacionado ao HIV pode ser amplamente definido como o grau em que as pessoas que vivendo com HIV endossam estereótipos negativos associados ao HIV (Reinius *et al.*, 2017). Nas últimas duas décadas, estudos demonstraram como o estigma relacionado ao HIV pode impactar a saúde e a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV (Gesese *et al.*, 2017; Rueda *et al.*, 2016).

Em março de 2019, o Brasil aderiu à pesquisa sobre estigma relacionado ao HIV promovido pelo Unaid e pela Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV. Foi aplicado o índice de estigma versão 2.0 (um instrumento de 80 itens) em uma amostra tipo bola de neve de 2.000 indivíduos. Os resultados desse estudo mostraram que 82% dos participantes acham difícil revelar para outras pessoas que vivem com HIV, e 76% afirmaram ocultar deliberadamente o seu *status* sorológico (Luz *et al.*, 2020). Outro estudo realizado com 1.929 *gays* e outros homens que fazem sexo com homens no Brasil revelou uma associação entre estigma de HIV e menor adesão à terapia antirretroviral (Luz *et al.*, 2020).

Um dos motivos que provoca posturas preconceituosas e que aumentam o estigma contra homens *gays* que vivem com HIV é a desinformação. Infelizmente, falácias são reproduzidas no âmbito do senso comum sobre o vírus HIV, e de forma recorrente as pessoas associam o HIV à morte. Vemos aqui como as informações relacionadas ao assunto ficaram estacionadas no passado. Esse juízo de valor pode fazer com que pessoas vivendo com HIV sejam discriminadas, resultando inclusive na violação de direitos.

Soma-se a isso o estigma com que o *gay* que vive com HIV precisa lidar, tendo em vista que a sorologia positiva é cotidianamente associada a indivíduos promíscuos, adotantes de maus comportamentos sexuais ou usuário de drogas injetáveis. Esse comportamento social agrava os rótulos que associam a soropositividade à homossexualidade, à transexualidade e à promiscuidade. Além disso, temos a

discriminação propagada pelas próprias instituições, por meio de legislações, políticas e práticas que tratam do assunto de forma negativa ou pejorativa.

O estigma e a discriminação que afetam homens *gays* não podem ser compreendidos de forma isolada de outros marcadores sociais, além da orientação sexual e a sorologia positiva para o HIV. A questão da classe social, a cor e raça, a etnia, a idade, a identidade de gênero, a religião, a condição física, dentre outros irão influenciar diretamente na acentuação do estigma e na discriminação sofrida, e podem interagir interseccionalmente (Hill Collins; Bilge, 2020). A invisibilidade e a marginalização de um homem, preto e *gay* que vive com HIV evidenciam o caráter homofóbico, patriarcal, heteronormativo, racista da sociedade brasileira que também exerce a sua sorofobia¹¹.

Vamos apresentar agora alguns resultados sobre o material digital produzido sobre HIV e a Aids no Brasil, que visam informar, conscientizar e romper com as barreiras do preconceito e do estigma:

- O Projeto Boa Sorte foi desenvolvido por Gabriel Estrela, *gay*, cantor, ator, dramaturgo e diretor. Ele relata que em 2010, com 18 anos, recebeu o diagnóstico positivo para o HIV. A partir da sua história de vida, em 2015, Gabriel resolveu compartilhar com o mundo sua soropositividade e colocou em ação o Projeto Boa Sorte, que atuava nos seguintes eixos: arte, informação e acolhimento. O projeto tinha por objetivo central desmistificar a ideia de que um diagnóstico positivo para o HIV era uma sentença de vida, levando informações aos telespectadores e leitores sobre como era possível levar uma vida com qualidade vivendo com HIV. Além de um canal no YouTube¹², o Projeto Boa Sorte também contava com uma página no Facebook, ambos produzindo material “positivo” sobre o assunto. O Projeto Boa Sorte terminou em 2019. Em um vídeo postado no canal no YouTube, Gabriel Estrela apontou os seguintes motivos: necessidade de ter tempo para se dedicar à arte; desvinculação de sua imagem à questão do HIV e da saúde, para que fosse possível desempenhar outros papéis, e principalmente uma questão de viabilidade

11 Consiste no preconceito manifestado por meio de práticas discriminatórias, como rejeição, humilhação e violências destinadas às pessoas que vivem com HIV frente ao estigma sorológico.

12 O canal no YouTube (@projetoboasorte320) conta com 31,5 mil inscritos e 14 mil seguidores na página do projeto no Facebook (@projetoboasorte) (dados atualizados em 16 de novembro de 2023).

financeira para manutenção do projeto e de seu sustento. Gabriel destaca que o preconceito foi algo perceptível e pode ser ilustrado pela ausência de patrocínio de empresas ou marcas.

- A proposta do Doutor Maravilha¹³ nasce com o médico infectologista Marcos Vinicius, a partir da sua experiência profissional que constatou o despreparo dos profissionais para lidar com o diagnóstico positivo para o HIV e a diversidade sexual. Os temas dos vídeos e textos versam sobre saúde da população LGBTQIAPN+¹⁴, doenças infectocontagiosas e saúde mental. De acordo com o médico, o conteúdo produzido é feito por um médico *gay*, que busca promover acesso a informação confiável de forma específica para esse segmento populacional, frente à ausência de profissionais que tenham esse cuidado e que respeitem a diversidade sexual.
- O canal Super Indetectável¹⁵ pertencente a João Geraldo Neto, de 41 anos, *gay* e vivendo com HIV há mais de dez anos. O estrategista de *marketing* e *youtuber* apresenta sua trajetória de vida, relatando como surtou com o diagnóstico positivo para o HIV, tendo em vista que nunca cogitou a possibilidade de infecção. A proposta do canal no YouTube nasce devido à ausência de conteúdo produzido sobre como era viver com HIV, a partir do local de fala do *gay* com HIV, tendo em vista que a maioria das informações existentes são técnicas e estão disponíveis no *site* do MS, que se utiliza de uma linguagem que não é acessível para todos. Alguns dos assuntos abordados pelos vídeos do canal Super Indetectável são: as angústias e as incertezas frente ao diagnóstico positivo para o HIV, os primeiros sintomas da infecção, o autoteste de HIV e a janela imunológica do HIV.

13 Doutor Maravilha conta com um *website* (doutormaravilha.com.br), canal no YouTube (@DoutorMaravilha) com 12,7 mil inscritos e um perfil no Instagram com 167 mil seguidores (dados atualizados em 16 de novembro de 2023).

14 LGBTQIAPN+: Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticos/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticos, Não Binários e muito mais.

15 O canal conta com 81,3 mil inscritos no canal no YouTube (@SuperIndetectavel) e 13,2 mil seguidores no Instagram (@netinhos) (dados atualizados em 16 de novembro de 2023). Super Indetectável é um personagem, criado por João, que não pode mais transmitir o vírus do HIV.

- O canal no YouTube intitulado de Falo Memo, do publicitário e *youtuber* Lucas Raniel¹⁶, de 26 anos, *gay*, também se configura como outro espaço para acesso a informações compreensíveis relacionadas a viver com HIV. Nos vídeos, Lucas conta como foi receber o diagnóstico positivo para o HIV, destaca o despreparo do médico que lhe deu o resultado positivo do HIV, a turbulência de sentimentos e a tentativa de suicídio. Ele destaca que o apoio da família foi fundamental para recuperar a estabilidade emocional e a autoestima, porém não foi algo fácil, tendo em vista o *bullying* que sofreu, sendo até mesmo acusado de propagar o HIV na cidade. Esse episódio fez com que ele entrasse em uma depressão profunda e uma nova tentativa de suicídio. Lucas pontua que, após realizar tratamento psiquiátrico, buscou ajudar outras pessoas que estivessem vivenciando a mesma situação que ele, por meio dos conteúdos digitais produzidos.

Considerações finais

O presente capítulo buscou resgatar a gênese e a epidemia de HIV e Aids no Brasil, e os avanços observados para o enfrentamento ao vírus e à doença com o surgimento da terapia antirretroviral. Destaca-se que o avanço no campo do tratamento clínico não foi acompanhado por uma mudança no imaginário da população sobre a possibilidade de se viver com HIV hoje, de forma indetectável e intransmissível.

O discurso de ódio, a intolerância, o preconceito, a discriminação e a homofobia associada à sorofobia contribuem para o silenciamento de *gays*, direcionando-os para um aprisionamento em seus “dois armários”, numa tentativa de distorcer o debate sobre gênero, sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero, freando as conquistas alcançadas pelo movimento LGBTQIAPN+ nos últimos anos.

É importante frisar que o HIV e a Aids não são exclusividade dos homens *gays*, nem de determinados grupos, e que o debate não deve ser associado de forma equivocada a “grupos de risco” ou “populações-chave”, pois a exposição ao vírus está

16 O canal de Lucas no YouTube tem 18,9 mil inscritos e seu perfil no Instagram (@lucasrael) possui 121 mil seguidores (dados atualizados em 16 de novembro de 2023).

atrelada ao comportamento sexual e ao uso de tecnologias de prevenção, como camisinha, PrEP e Profilaxia Pós-Exposição (PEP).

Todos os produtores de conteúdos citados no decorrer deste capítulo reforçam a necessidade de romper com a herança histórica das décadas de 1980 e 1990, em que a Aids esteve diretamente associada aos homossexuais. Essa compreensão é um grande passo para que a sociedade brasileira tenha maior conhecimento sobre transmissão, tratamento e prevenção do HIV, evitando que *gays* com diagnóstico positivo para o HIV precisem se esconder em um “segundo armário” com receio do preconceito e da intolerância. O enfoque em práticas educativas, utilizando tecnologias digitais que possibilitam um maior alcance da população e uma maior aderência de um nicho que já nasceu na era da influência digital, onde canais como YouTube e perfis no Instagram são formas de acessar informação sobre diversos assuntos, é apontado nesse estudo como um caminho viável e estratégico.

Referências

- ABREU, G. de S. *O segundo armário: diário de um jovem soropositivo*. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.
- AGARWAL, H. *et al.* Perceived Accuracy Around Undetectable = Untransmittable Among Sexual and Gender Minorities Using Smartphones in India. *AIDS and Behavior*, New York, v. 28, n. 3, p. 1039-1046, 2023.
- BLAIR, K. J. *et al.* Pre-exposure prophylaxis use, HIV knowledge, and internalized homonegativity among men who have sex with men in Brazil: a cross-sectional study. *The Lancet Regional Health- Americas*, Oxford, v. 6, p. 1-14, 2022.
- BRASIL. *Boletim Epidemiológico HIV/aids 2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view. Acesso em: 16 nov. 2023.
- BRASIL. *Direitos das PVHIV*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- BROYLES, L. N. *et al.* The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*, [London], v. 402, n. 10400, p. 464-471, 2023.
- COELHO, L. E. *et al.* The Prevalence of HIV Among Men Who Have Sex With Men (MSM) and Young MSM in Latin America and the Caribbean: a Systematic Review. *AIDS and Behavior*, New York, v. 25, n. 10, p. 3223-3237, 2021.

COMO descobri que tinha HIV. [S. l.: s. n.], 2018. 1 vídeo (6 min). Publicado pelo canal Super Indetectável. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9bb8C-Xs7pM>. Acesso em: 23 nov. 2023.

COMO surgiu a ideia de criar o site Doutor Maravilha?. [S. l.: s. n.], 2016. 1 vídeo (3 min). Publicado pelo canal Doutor Maravilha. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_vGbiGcMV3k. Acesso em: 23 nov. 2023.

FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no movimento LGBT brasileiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 54-81, 2009.

FERREIRA, R. C. *et al.* HIV knowledge and its correlation with the Undetectable = Untransmittable slogan in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 56, n. 87, p. 1-7, 2022.

FITZGERALD-HUSEK, A. *et al.* Measuring stigma affecting sex workers (SW) and men who have sex with men (MSM): a systematic review. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 12, n. 11, p. 1-21, 2017.

GESESEW, H. A. *et al.* Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middleincome countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 12, n. 3, p. 1-16, 2017.

HILL COLLINS, P.; BILGE S. *Intersectionality*. 2. ed. Cambridge: Polity Press, 2020.

LIMA, F. H. R. *A construção do preconceito no sujeito portador de HIV: o poder do discurso midiático na representação do estigma social*. 2014. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

LUNDGREN, J. D. *et al.* Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *The New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 373, n. 9, p. 795-807, 2015.

LUZ P. M. *et al.* Translation and validation of the Short HIV Stigma scale in Brazilian Portuguese. *Health and Quality of Life Outcomes*, London, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief*. Geneve: OMS, 2023. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf?mkt_tok=Njg1LUtCTC03NjUAAAGNK1ixpHVLCDPN7bzQhSkCoG7kvcq-E0FnaFhjHbvUpgFJdWirY7mOxLOGxdWJWSrP4U75bXrP-cr5fTyAkw. Acesso em: 16 nov. 2023.

- PARKER, R. (org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar: ABIA, 1997.
- REINIUS, M. *et al.* Development of a 12-item short version of the HIV stigma scale. *Health and quality of life outcomes*, London, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2017.
- RENDINA, H. J. *et al.* Growing Acceptability of Undetectable = Untransmittable but Widespread Misunderstanding of Transmission Risk: findings from a very large sample of sexual minority men in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Philadelphia, v. 83, n. 3, p. 215-222, 2020.
- RUEDA, S. *et al.* Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open*, London, v. 6, n. 7, p. 1-15, 2016.
- SANTOS, R. C. S.; SCHOR, N. As primeiras respostas à epidemia de aids no Brasil: influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais. *Psicologia Revista*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 45-59, 2015.
- TEIXEIRA, P. R. Políticas Públicas em Aids. In: PARKER, R. (org.). *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA: Zahar, 1997. p. 43-68.
- TORRES, T. S. *et al.* A call to improve understanding of Undetectable equals Untransmittable (U = U) in Brazil: a web-based survey. *Journal of the International AIDS Society*, London, v. 23, n. 11, p. 1-7, 2020.
- TORRES, T. S. *et al.* How heterogeneous are MSM from Brazilian cities? An analysis of sexual behavior and perceived risk and a description of trends in awareness and willingness to use pre-exposure prophylaxis. *BMC Infectious Diseases*, London, v. 19, n. 1, p. 1-16, 2019.
- TORRES, T. S. *et al.* Recent HIV Infection and Annualized HIV Incidence Rates Among Sexual and Gender Minorities in Brazil and Peru (ImPrEP Seroincidence Study): a cross-sectional, multicenter study. *The Lancet Regional Health- Americas*, Oxford, v. 18, p. 1-12, 2023.
- TREVISAN, J. S. *Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- UM YOUTUBER com HIV? Quem é Gabriel Estrela?. [S. l.: s. n.], 2017. 1 vídeo (5 min). Publicado pelo canal Projeto Boa Sorte. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=a9x39LozwUU>. Acesso em: 23 nov. 2023.
- UNAIDS. Documentário Carta para Além dos Muros para acabar com o estigma sobre o HIV. *UNAIDS Brasil*, Brasília, DF, 2019a.
- UNAIDS. *Estatísticas. UNAIDS Brasil*, Brasília, DF, 2022.

UNAIDS. Estudo revela como o estigma e a discriminação impactam pessoas vivendo com HIV e Aids no Brasil. *UNAIDS*, Genebra, 2019b.

UNAIDS. Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/aids Brasil. *UNAIDS*, Genebra, 2023. Disponível em: <https://unaids.org.br/indice-estigma/>. Acesso em: 16 nov. 2023.

UNAIDS. Projeto Quer Jantar Comigo? do Doutor Maravilha, acolhe pessoas com HIV com diagnóstico precoce. *Agência de notícias da AIDS*, São Paulo, 2020.

UNAIDS. Understanding Fast-track: accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030. *UNAIDS*, Genebra, 2015. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf. Acesso em: 16 nov. 2023.

VIVER com HIV- Falo Memo!. [S. l.: s. n.], 2018. 1 vídeo (4 min). Publicado pelo canal Lucas Raniel. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=urEu62-ybME>. Acesso em: 23 nov. 2023.

Parte 3

DIREITOS HUMANOS, VIOLÊNCIAS E VULNERABILIDADES DE GÊNERO

Capítulo 8

HISTÓRIA DA MILITÂNCIA LÉSBICA

memórias de uma velha militante lésbica

Yone Baptista Lindgren

Márcia Brito

Wanessa Beltrão

Ela transpira juventude! Yone Lindgren é um ícone da luta LGBTQIAPN+¹ e foge de qualquer estereótipo! É lésbica, mas prefere não se rotular. Filha do orixá Xangô e apadrinhada pela entidade Seu Tranca Ruas.

Sua luta foi e tem sido imprescindível para assegurar direitos dessa parcela da população, que ainda não tem sua cidadania assegurada pelo legislativo brasileiro. Entre conquistas e retrocessos, Yone é camaleônica!

Entre risos, com uma fala firme de uma leveza marcante, Yone Lindgren inicia a conversa. Entre vai e vem das memórias, as lembranças surgem, marejam seus olhos. Entre pausas com respiração profunda e olhar reflexivo.

Suas roupas, gestos, a bebida no copo, tatuagens pelo corpo e jeito de falar lhe dão uma aparência bem mais jovem do que a idade revela. Utilizando seus próprios termos, quem é Yone Lindgren: cidadã do mundo. 67 anos. Dra. Honoris Causa

1 LGBTQIAPN+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticos/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticos, Não Binários e muito mais.

pela Faculdade Formação Brasileira e Internacional de Capelania (FFBIC), consultora/ativista/ militante pela segurança e equidade dos direitos humanos/civis, principalmente das LBTs, há 45 anos. Estou na Coordenação Política Nacional da Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL), sou conselheira no Conselho Nacional Popular LGBTIA+, no Conselho Nacional de Direitos LGBTQIA e na Coordenação LGTTQI+, da Trybo Cósmica. Representante do Conselho Inter Religioso. Participante da Frente LGTTQIA+-RJ... E muitos rolês por nossos direitos, luta da cabeça aos pés. “Mistério é dar a mão...”.

“Sou filha dos porões da ditadura!”. Assim, Yone marca sua fala de luta e de não fugir das lutas. “Papai e mamãe eram totalmente contrários a tudo que estava acontecendo, eram chamados de subversivos, e lá em casa tudo era normal, porque era só cumprir os dez mandamentos. O resto podia”. Há de se considerar que, em 1978, vislumbra-se o início de um importante processo de transição política e mudança sócio-histórica no Brasil, ocorrendo a ampliação da tolerância em relação às manifestações sociais, que evidenciavam os caminhos para a redemocratização que despontavam no horizonte.

Na década de 1970 ela migrou para Brasília fugindo da repressão da Ditadura Militar, visto que não havia ainda alcançado a maioridade. Seu primeiro contato com a população LGBTQIAPN+ se deu por meio do seu primeiro emprego na Boate Aquarius. Ao regressar para o Rio de Janeiro, realiza o primeiro encontro do Grupo de Afirmação Homossexual (SOMOS), como cofundadora, no ano de 1978. Ao criar o grupo SÓ MULHERES, iniciou a partir de então sua luta incansável especificamente no movimento de mulheres lésbicas. Como ela mesmo enfatiza, “é aí que veio o Movimento D’ELLAS, que também foi o grande grupo que eu fundei, o primeiro grupo de mulheres organizado do Rio de Janeiro”. O movimento D’ELLAS é uma organização de mulheres lésbicas fundada em 1993, com registro em 1996, que atua na participação e controle social (*advocacy* e incidência política), na promoção da saúde e direitos humanos e cidadania. Assim, a autonomia do movimento de lésbicas iniciou-se em meados da década de 1990, marcando presença e visibilidade.

No mesmo ano de criação do Movimento D’ELLAS, Yone participou da realização da primeira parada LGBTQIAPN+ do Brasil, que ocorreu na praia de Copacabana no ano de 1993 e contou com a participação de 30 pessoas, que foram dispersando, e no final eram apenas 18 pessoas. Lembra ainda que ela e Rosângela Castro eram as únicas mulheres presentes; rememora que “na época, o leite vinha em saquinhos, e começaram a jogar esses saquinhos cheios de urina na gente”. No que concerne

à busca pelo respeito à diversidade e pela garantia da cidadania da população LGBTQIAPN+, de desfilar seu orgulho de ser, existir e amar quem quiser, acontecem anualmente paradas do orgulho LGBTQIAPN+ em várias regiões do Brasil.

Uma trajetória de resistência, identidade e visibilidade pautaram a vida de uma das primeiras ativistas lésbica do Brasil; na vanguarda do movimento, Yone é destaque e referência para novas militantes que despontam no cenário de lutas pela pauta não só de lésbicas, mas para o movimento LGBTQIAPN+.

E por meio da sua iniciação na militância, sempre vislumbrou o direito de ir e vir. Yone celebra as conquistas alcançadas pelo movimento, afirmando que não importa os desafios enfrentados cotidianamente, e reafirma que seu compromisso é pela igualdade, liberdade sexual e pelos direitos humanos. “Nós vislumbrávamos e ainda vislumbramos o direito de ir e vir, de poder andar minimamente de mãos dadas, de poder falar para as pessoas do trabalho quem você é, sem medo”. Na atualidade, o que a inquieta em relação aos direitos é saber que ainda não se tem a liberdade de viver a sexualidade plenamente. Que embora os direitos estejam garantidos no papel, não são exercidos. Enfatiza que ainda teme por essa geração que acredita ter seus direitos garantidos, contudo, esses direitos ainda só estão no papel, e a liberdade de viver a sexualidade plena é um desafio.

Yone também considera hoje um desafio para as mulheres lésbicas viverem sua sexualidade com liberdade, com destaque para lésbicas periféricas e que vivem nas periferias, lésbicas que não são feminizadas, que vivem às margens e precisam se esconder para sua sobrevivência, lésbicas que estão em subempregos ou autônomas em trabalhos informais, como camelôs, cobradoras de transporte alternativo ou baleiras nos sinais ou transporte público. Vivendo a violência intrafamiliar, em moradias precárias, inseguras e em situação de rua. “Elas precisam estar seguras, e o que fazemos com essas manas?”. Visto que as lésbicas enfrentam todas as formas de violências institucionais, físicas, sociais e emocionais, Yone afirma a necessidade de as políticas públicas saírem do papel.

Em sua pele, traz a madrinha tatuada, que forjou quem é Yone hoje, como militante, e foi sua referência para a vida. Tomada por lembranças e memórias, conta que sua madrinha foi a única pessoa na família que sempre a apoiou em tudo, enfatiza que Ascendina dos Santos era iluminada. Nesse sentido, entre a descoberta da sexualidade ainda na infância, da atração nos detalhes da feminilidade e dos amores da juventude, ela diz: “E de repente você ser uma criança e descobrir que tudo que te ensinaram a seu respeito não é exatamente o que você é, o que

você sente, aí você vai encontrando com seus iguais”. As narrativas da constituição do ser e descoberta da sexualidade se entrecruzam com as violências e opressões vividas na infância de grande parcela da população LGBTQIAPN+.

Dessa forma, nessa fase da vida, há de se ressaltar a importância do acolhimento e afeto. Ela ainda complementa: “E aí você entende tranquilamente que em todas as lutas não importa o nível de conhecimento das pessoas, importa o nível de dor e a vontade de ir à luta”. Nesse trecho de sua fala percebe-se a necessidade do engajamento na militância, como estratégia de sobrevivência e de mitigar e amenizar as dores. A lesbofobia é baseada no patriarcado, que intensifica a invisibilidade, e em processos de exclusão principalmente de lésbicas negras e periféricas, que aprofundam as questões de violência lesbofóbica, legitimadas pelos discursos de representação machista e racista que se atualizam conforme o percurso histórico da sociedade brasileira, que causam impactos reais na vida das mulheres lésbicas em diversos lugares, articulando constantes tensões nas teias da vivência lésbica. Assim, com a militância pautada prioritariamente na liberdade de viver plenamente a sexualidade, é, pois, um lugar de (re)existências.

Uma militância marcada pela parceria com travestis e mulheres trans, desde sua passagem na Boate Aquarius em Brasília e no surgimento do grupo SOMOS no Rio, enfatizando que no início do movimento sempre quem marcou a presença na luta junto às mulheres lésbicas foram as travestis e mulheres trans. Yone relembra dos tempos de sua adolescência e diz: “Cansamos de fugir das boates e dos locais de show pela porta de serviço, enquanto as travestis formavam barreiras impedindo a polícia de adentrar ao estabelecimento, para as demais fugirem porque não podiam aparecer nos jornais”. Nesse cenário ditatorial de repressão, só o fato de existir já era uma agressão.

Reconhecendo a parceria das mulheres trans na luta, de acordo com Yone: “Em cada lugarzinho nós temos uma companheira travesti ou trans que está ali para a gente, sabe”. Ou seja, ela enfatiza que as travestis e trans estão na luta junto às lésbicas, e não são rivais. Ainda de acordo com ela, “as travestis nunca disseram que eram mulher, elas se performam, como nós temos a feminilidade bofe, elas têm a feminilidade delas, e as trans, elas não querem saber de bater de frente conosco, elas estão conosco”. Diante da fala de Yone, pode-se perceber que a luta das trans se faz presente em todos os âmbitos inerentes à sigla LGBTQIAPN+.

Em um dos seus momentos de resgate de memória, ela relembra da construção de diversas atividades que marcam o cenário do movimento lésbico brasileiro, e

um momento significativo para a organização lésbica brasileira foi a construção do I Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE), em 1996, no Rio de Janeiro. O SENALE, espaço construído por e para lésbicas, visa dar visibilidade e fortalecer a organização das lésbicas no Brasil, debatendo temas de interesse como: sexualidade, saúde, gênero, combate à violência, diversidade. No I SENALE estiveram presentes cerca de 100 lésbicas e foi escolhido o 29 de agosto como Dia Nacional pela Visibilidade Lésbica, data esta que é comemorada até hoje, a fim de dar voz e visibilidade às lésbicas. A partir de então, se desencadeou ações como: caminhadas pelas ruas, grupos de reflexão, encontros, seminários, atividades culturais e paradas LGBTQIAPN+.

Dentre idas e vindas, Yone não parou e não vai parar, enfatiza sempre que “a gente tem que tomar partido sim, ir à luta, até que tudo seja normal, até o ato de não termos rótulos”, e disse ainda que vai lutar até morrer, sua luta é incansável, “temos de politizar a galera mais nova e que é de favela, temos uma longa história e muitas conquistas por vir”. Dessa forma, o movimento de lésbicas vai se organizando e se multiplicando, tendo visibilidade, com atuação do ativismo organizado em grupos ou de forma independente, atuando em fóruns, redes, articulações e partidos políticos.

Nas memórias vem a lembrança da formação da ABL. No dia 29 de abril de 2004, em um encontro da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT), foi a primeira vez que mencionaram a construção da rede, dando concretude no dia 14 de maio de 2004. A ABL nasce com o objetivo de representar as mulheres lésbicas e mulheres bissexuais brasileiras, é uma rede nacional que tem como princípios os direitos humanos, cidadania, combate ao racismo, machismo, lesbofobia e contra quaisquer formas de discriminação e violência contra mulheres, trabalhando em prol da garantia de equidade social e direito de escolha, por uma sociedade mais igualitária. Atualmente, a ABL é uma das maiores redes de mulheres lésbicas do Brasil, de relevância nacional e internacional. Assim como sua fundadora, a rede tem em seu histórico a participação na construção de políticas, seminários (municipais, estaduais e nacionais), programas governamentais e em instituições internacionais.

Na construção histórica da sociedade brasileira, cabe ressaltar que as lésbicas são invisibilizadas, principalmente pelas políticas públicas, além de sofrerem violência simbólica; entende-se que seja um recurso provocado propositalmente a fim de fragilizar e vulnerabilizar as mulheres lésbicas e de desarticulação do movimento.

As principais conquistas que tiveram a participação direta de Yone, do ano de 2000 a 2006, foram na Câmara Técnica, para colaborar na criação do Rio Sem Homofobia (hoje Rio Sem LGBTIfobia), no Programa Brasil Sem Homofobia (BSH), de 2004, que colaborou para que outras atividades do movimento LGBTQIAPN+ ganhassem espaço no governo; o I Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, em 2009; a instituição do Dia Nacional de Combate à Homofobia, em 2010; o Decreto nº 7.388, de 9 de dezembro de 2010, que estabeleceu novas atribuições ao Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), voltadas para a população LGBTQIAPN+; a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, em 2011; a instalação do Comitê Nacional de Políticas Públicas LGBT, em 2014, dentre outros.

Necessita ser evidenciado que o Estado é o maior violador de direitos humanos, e a realidade das mulheres lésbicas não pode ser compreendida separadamente, sem levar em consideração influências políticas, sociais, culturais, econômicas ou de outra ordem. Assim, uma busca incansável pela conquista de direitos e que segue caminhos tortuosos.

No atual contexto sócio-histórico tivemos avanços e alguns retrocessos, e a retomada do esperar mais uma vez desponta no horizonte, ainda há de se trilhar um longo caminho para viver uma pseudocidadania ou a plenitude dela. No que concerne à vivência lésbica, um desafio apontado aqui por Yone é viver a liberdade sexual; enfatizamos que o Brasil é um país conservador, de herança patriarcal e colonialista, e evidenciamos a dificuldade de ferramentas de combate à lesbofobia exatamente por esse contexto histórico, social e cultural que se atualiza e adensa cotidianamente na sociedade brasileira.

A ausência de monitoramento adequado e de índices específicos para a população lésbica evidencia a carência de dados que reflitam a realidade da violência enfrentada por essas mulheres no país. A subnotificação e a desagregação inadequada de dados por orientação sexual e identidade de gênero aumentam a invisibilidade e, consequentemente, a vulnerabilidade das lésbicas em vários âmbitos da vida. Esse cenário contribui para a criação de uma vulnerabilidade crônica, tornando visíveis as dificuldades cotidianas enfrentadas por essa população. A coleta de dados superficiais e imprecisos sobre mulheres lésbicas dificulta a construção de políticas públicas efetivas para o combate à lesbofobia, ao lesbo-ódio, aos estupro corretivos, aos suicídios entre lésbicas e ao lesbocídio. Assim, a existência de

dados robustos e específicos é primordial para o enfrentamento adequado dessas violências.

No que concerne aos financiamentos públicos e privados para a realização de projetos, as lésbicas ainda são as que menos recebem verbas; e para fortalecer as organizações da sociedade civil, aprofundar a luta por direitos das mulheres lésbicas e revigorar o escopo de atuação social de lésbicas ativistas, as articulações são o que melhor responde à integração social dessas mulheres. “Na ABL, vejo as meninas mais novas, e elas estão me dando um banho, é mestrado, doutorado, roda de conversa. Para mim, é uma pena não ter o gás que já tive, mas outras coisas recompensam”. Sendo hoje a maior rede de lésbicas do Brasil, a ABL vem ofertando cursos para a capacitação de novas lideranças em parcerias com outras instituições, para que as mulheres possam ter maior conhecimento sobre a política brasileira, baseado na formação técnica e política, atuando em seus territórios de incidência e outras frentes. O curso da ABL é lesbocentrado, e grande parte das convidadas a ministrar as aulas são membras da rede, sendo aberto para lésbicas e mulheres bissexuais de todas as regiões, independentemente de estarem inseridas em grupos ou redes da militância.

Como já mencionado por Yone diversas vezes, a luta continua por visibilidade para as mulheres lésbicas.

Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. *Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. *Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. *Chegou a hora de cuidar da saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. Lisboa: Relógio d'água; 1994. v. 2.

GOMES, C. de C. *Corpo, emoção e identidade no campo feminista contemporâneo brasileiro: a marcha das vadias do Rio de Janeiro*. 2018. Tese (Doutorado em Sociologia e Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

NAÇÕES UNIDAS. *Declaração universal dos direitos humanos*. Geneve: ONU, 1948.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Direitos. Desafios e Políticas Públicas. *In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER*, 4., 1995, Pequim. *Anais [...]*. Pequim: ONU, 1995.

SILVA, Z. P. “*Sapatão não é bagunça*”: estudo das organizações lésbicas da Bahia. 2016. Tese (Doutorado em Difusão do Conhecimento) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Capítulo 9

A HOMOSSEXUALIDADE NAS FORÇAS ARMADAS BRASILEIRAS

um problema ou um direito à igualdade?

Luís Miguel da Silva Ricardo

Georges Daniel Janja Bloc Boris

Este capítulo trata da homossexualidade nas Forças Armadas Brasileiras, questão que, há algum tempo, vem sendo debatida pela sociedade, mas que ainda está envolta em atitudes de discriminação, preconceito e exclusão social e afetiva. Este é um tema bastante polêmico e parece permanecer um tabu, principalmente nas instituições militares, nas quais ainda reina uma cultura homofóbica, provocando repulsa irracional e mesmo ódio a pessoas LGBTQIAPN+¹ (Borrillo, 2010).

Castro, Abramovay e Silva (2004) afirmam que a sexualidade faz parte da existência humana, envolvendo diversos aspectos, como a orientação sexual, a erotização, a identidade sexual, o gênero, as questões emocionais, a reprodução e o amor, mas também está articulada com os desígnios da cultura, do corpo e da linguagem (Furlani, 2007). Portanto, não pode ser objeto de desqualificação da singularidade humana. A sexualidade não se limita a um dos seus aspectos,

1 LGBTQIAPN+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticos/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticos, Não Binários e muito mais.

não expressando apenas, por exemplo, os impulsos biológicos ou corporais, pois também é uma construção social e cultural (Silva; Vieira, 2009). Destaque-se que, nesse mesmo contexto, está inserida uma das múltiplas expressões da sexualidade e da existência humana: a homossexualidade.

Entre as décadas de 1970 e 1990, progressivamente, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do Código Internacional de Doenças (CID-10), quanto a American Psychiatric Association, com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV), bem como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) brasileiro, deixaram de considerar a homossexualidade uma doença mental.

Entretanto, nas Forças Armadas do Brasil, a polêmica persiste, apesar dos eventuais avanços. Assim, o general Gilberto Figueiredo¹, em 2010, admitiu haver homossexuais na caserna, mas afirmou que ela não deve ser explícita para que não seja alvo de piadas, de brincadeiras e de chacota. Por sua vez, o general Enzo Peri declarou à revista *Veja*, em 2011, que não havia homossexuais nas Forças Armadas Brasileiras. No dia 17 de setembro de 2017, durante o programa *Conversa com Bial*, da Rede Globo, o general Villas Bôas, então comandante do Exército brasileiro, reconheceu que a homossexualidade nas Forças Armadas do Brasil ainda é um problema, mas que há possibilidade de se criar um espaço partilhado por algumas pessoas. Finalmente, o general Hamilton Mourão, vice-presidente do Brasil em 2019, numa entrevista ao programa *Conversa com Bial*, admitiu que “a homossexualidade sempre esteve presente nas Forças Armadas Brasileiras, obviamente dentro da disciplina e da hierarquia”.

Deve-se destacar que as instituições militares, ao longo da história, são compostas, em sua grande maioria, por pessoas do sexo masculino, representando um *ethos*, isto é, um conjunto de comportamentos, costumes, tradições, valores, crenças, ideias e uma cultura da masculinidade hegemônica. Tal cultura é baseada em valores sociais, aos quais os homens se integram ao longo do tempo, como o monopólio da força física, a falta de capacidade de exprimir, de forma aberta, os próprios sentimentos e a percepção de sua grandiosidade face ao gênero feminino e a outras “minorias” sexuais (Carreiras, 2006; Connel; Messerschmidt, 2013).

Homossexualidade: um problema para as Forças Armadas Brasileiras

Homossexual é o indivíduo que se sente física e emocionalmente atraído por outra pessoa do mesmo sexo anatômico (Drescher, 1998; Eskridge, 1993).

Entretanto, para Landes, uma antropóloga norte-americana que realizou investigações etnográficas sobre o matriarcado feminino e a inserção dos homossexuais nas danças de candomblé na Bahia, é difícil definir a homossexualidade em algumas palavras porque ela não é somente uma prática intersexual, mas um aglomerado de códigos, indícios e signos que diz respeito à sua própria constituição. Nesse contexto, ao longo da história, os homossexuais buscaram construir a sua identidade no campo sociopolítico e abrir espaço para desejos e afetos sexuais no espaço e no tempo (Carneiro, 2015). Dessa forma, o movimento homossexual é razoavelmente recente, impulsionado por práticas legais nas sociedades ocidentais (Weeks, 1985), a partir de uma construção hegemônica do poder e do saber médicos em relação a outros saberes (Foucault, 1979a, 1979b).

Assim, a homossexualidade sempre existiu como manifestação humana, embora tal denominação seja recente. Portanto, ela é historicamente datada, mas sua designação foi cunhada somente a partir dos moldes do pensamento moderno. O termo *homossexual* apenas surgiu em 1869, por meio do escritor belga Kentbeny, que contestou as leis rigorosas aplicadas contra a “sodomia” na Prússia de sua época (Corino, 2006). Dessa forma, o termo não denota apenas uma prática sexual, mas configura um produto moral da modernidade. Ou seja, a homossexualidade é um construto social como qualquer outro (Costa, 1995); no entanto, ela não é um artefato com o mesmo sentido em distintas culturas e épocas históricas (Fry; Macrae, 1985).

A homossexualidade teve presença constante em toda a história da humanidade. Na Grécia antiga, a homossexualidade era, em algumas circunstâncias, considerada natural, podendo mesmo ser venerada por ser uma expressão amorosa e cívica, permitida apenas por conta do seu caráter educativo e demonstrativo da superioridade da cidadania masculina. Nesse contexto, o amor era considerado saudável unicamente entre cidadãos das classes mais nobres, pois nem as mulheres (que seriam meramente reprodutoras para seus maridos) nem os homens escravizados (que unicamente serviam aos seus senhores) eram reconhecidos como cidadãos e, portanto, não seriam dignos do mesmo valor cívico e cultural nem do amor superior dos homens nobres. Entretanto, o relacionamento amoroso apenas poderia acontecer entre um cidadão adulto e sexualmente ativo, o *εραστής*, *erastís* ou amante, e um menino imberbe e passivo, o *παιδί* ou *paidí* (*pede*, criança), daí o surgimento do termo *pederasta*, relativo aos homossexuais. Destaque-se que o relacionamento amoroso entre os homens deveria ser encerrado quando o menino se tornasse

um adolescente barbado e sua educação cívica e amorosa estivesse concluída. A relação entre dois adultos não era bem-vista. Além disso, a própria mitologia grega é composta por deuses e semideuses bissexuais e homossexuais (Brown, 1990). Nesse sentido, o caso mais representativo dessa concepção é a paixão de Zeus por Ganimedes. Também é o caso de Apolo, deus da beleza e da juventude, que, além dos seus infinitos amores femininos, envolveu-se com muitos homens (Oliveira, 2011).

Na Idade Média, sob o poder dominante da Igreja Católica, a homossexualidade passou a receber forte rejeição, sendo considerada *sodomia*, o pecado de Sodoma, um vício ignóbil que precisava ser combatido (Greenberg; Bystry, 1982; Le Goff, 1994). Por sua vez, a homossexualidade no Brasil Império recebia denominações pejorativas, como *uranismo*, *sodomia*, *pederastia* ou, ainda, *sexo sujo* (Green; Pólito, 2006). Até os tempos recentes, a Igreja manteve o tabu da homossexualidade, mas a condição, hoje, tem ganhado certa consideração diferenciada, havendo mesmo líderes religiosos, como o próprio Papa Francisco, que defendem que pessoas do mesmo sexo podem ter um relacionamento homoafetivo sem que se afastem de Deus (Antonio; Bornschein, 2019).

Atualmente, apesar dos avanços, a homossexualidade ainda é considerada, por algumas parcelas da sociedade, um comportamento antinatural, vergonhoso e pecaminoso, sendo, portanto, censurado, e levando os homossexuais a serem vítimas de desprezo, perseguição e mesmo assassinato por parte de indivíduos mais intolerantes (Brito Júnior, 2019). Segundo dados da International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), em 2017, havia 72 países em que a homossexualidade era considerada ilegal. Em países como o Catar, o Afeganistão e a Mauritânia, é até mesmo punida com pena de morte, enquanto na Alemanha, na França, na Inglaterra, em alguns estados norte-americanos, e mesmo no Brasil, a união e/ou o casamento de pessoas do mesmo sexo é juridicamente reconhecido (Spencer, 1996).

Embora haja diversos movimentos LGBTQIAPN+ fortemente atuantes e que defendem a causa das lésbicas, dos *gays*, dos bissexuais, dos transexuais, dos *queer*, dos intersexuais, dos assexuais e da multiplicidade de identidades sexuais, para Mesquita (2008), ainda há um longo caminho a percorrer para que essas pessoas garantam tratamento igualitário diante da lei e que não sejam vítimas de intensa discriminação, alertando que, até hoje, não há qualquer tratado internacional que faça jus, de forma explícita, aos direitos e à liberdade de orientação sexual.

Muitas pessoas LGBTQIAPN+ ainda são alvo de tentativas de morte e vivem sob risco constante. Para Nunes (2000), passados 54 anos da rebelião de Stonewall, ainda persistem atos homofóbicos em diversos lugares do mundo, inclusive no Brasil. A revolta de Stonewall é considerada, até hoje, um marco fundamental para a causa LGBTQIAPN+. Stulhofer e Rimac (2009) e Takács e Szalma (2013), numa perspectiva global, afirmam que há grande variabilidade no que concerne ao preconceito e à discriminação contra pessoas LGBTQIAPN+. Mendes e demais autores (2020) denunciam os homicídios no universo LGBTQIAPN+, indicando haver 55 países que não protegem as pessoas com orientação sexual e identidade de gênero divergentes da heterossexualidade hegemônica. Dessas nações, no Iraque e no Egito, ser LGBTQIAPN+ é considerado crime; em 30 países, as pessoas da comunidade LGBTQIAPN+ são punidas com oito anos de prisão; 26 nações as punem com prisão perpétua; e 6 países as condenam à morte, a saber: Sudão, Arábia Saudita, Iêmen, Irã, Somália e Nigéria. No Brasil, apesar de haver mais tolerância da sociedade, mais aberta ao diálogo e à mudança (Brito Júnior, 2019) do que as dos países anteriormente referidos, o *Dossiê de Mortes e Violências contra LGBTI+ no Brasil 2022* registra 273 mortos, mas sabe-se que esses dados são subnotificados.

As instituições militares ainda são um campo de muitas interrogações no que concerne ao alistamento de homossexuais nas suas fileiras devido a questões históricas, socioculturais e morais, pois, como afirma Bourdieu (2002), elas traduzem o poder masculino no mundo. Por sua vez, Nunan (2003) salienta que a masculinidade é produzida em contraposição ao feminino. Silva (2020) destaca que o ser humano manifesta características masculinas e femininas. Assim, na medida em que as Forças Armadas historicamente adotam a ideologia conservadora de que apenas os atributos masculinos representam as qualidades do bom e verdadeiro militar, pode-se compreender por que a inclusão das pessoas LGBTQIAPN+ nas fileiras militares ainda é um assunto complicado e de sensibilidade extrema, em maior grau do que das mulheres heterossexuais e cisgêneros, que ganharam espaço nas corporações militares, num processo ainda limitado e lento, como se verifica em alguns países (Brito Júnior, 2019).

Destaque-se que as forças militares não vivem à margem dos acontecimentos históricos, políticos e sociais, e que, além disso, antes de serem militares, os seres humanos estão inseridos e vivem em sociedade, ou seja, são sujeitos ativos, mas também sofrem com a ação, a transformação e a manutenção daquilo que Bourdieu (2002) denominou de dominação masculina. Importa lembrar, principalmente,

que o possível ingresso dos homossexuais nas Forças Armadas deveria ocorrer a partir de uma análise técnica das suas capacidades e do reconhecimento de seu papel social como militares, não por conta dos seus atributos socioculturais considerados “masculinos”. É nesse sentido que Santos (2005) denuncia que a cultura organizacional militar está impregnada de machismo, que se revela um modelo de valores hegemônicos e um instrumento de dominação.

Dessa forma, parece haver, em grande parte da sociedade brasileira, a crença de que o militar deve ser um homem másculo, duro, viril, austero e autoritário, que prima pelas regras, pela ordem e pela disciplina, características que constituiriam a “natureza” da masculinidade. Em outros termos, o bom militar seria um homem livre de sentimentos, não devendo demonstrar qualquer comportamento que, do ponto de vista sociocultural, seja considerado “feminino”, pois poderia colocar em causa a sua atuação como militar. Assim, conforme Brito Júnior (2019), um homem *gay* seria o contrário do que deve ser um homem e, conseqüentemente, um militar: expressa os seus sentimentos de forma livre e espalhafatosa, revela-se inábil para defender as forças do Estado e sempre adota comportamentos e gostos sexuais anômalos e promíscuos, além de que gesticula e fala de forma afeminada. Deve-se salientar que, em diversas sociedades, especialmente os *gays* considerados afeminados estão sujeitos a uma penalização social agravante, pois são desvalorizados e discriminados, até mesmo por outros homossexuais com atitudes mais “masculinas” (Eccel; Saraiva; Carrieri, 2015). Quando homossexuais afeminados são expostos a uma lógica de julgamento a partir da *heteronormatividade* e de uma concepção de masculinidade hegemônica, muitos deles são considerados inaptos, como ocorre nas Forças Armadas, sendo muitas vezes alvo de escárnio. Nessa perspectiva, o problema não é tanto ser *gay*, mas parecer (por exemplo, ter gestos afeminados) e identificar-se como *gay* (Irigaray; Freitas, 2013).

Althusser (1969), num texto clássico, considerava as instituições militares aparelhos ideológicos do Estado. Nesse sentido, pautadas na perspectiva do controle, da opressão e da repressão sociais, tratam, entre as diversas identidades de gênero, particularmente a homossexual, como um tabu, conforme é possível perceber no artigo do general de brigada chileno Gonzalo Santelices Cuevas (2004, p. 34):

Temos que a conduta homossexual não é própria da natureza do homem – o fim do sexo é a procriação e esta se dá só entre sexos opostos – e, por isto mesmo, é socialmente inadequada pelo desvio da natureza

que seu exercício leva, o que afeta a vida comunitária alternando de certa forma a normalidade da convivência.

Por sua vez, ao contrário do general chileno, o bispo das Forças Armadas e de Segurança em Portugal, Januário Torgal Ferreira, denunciou ao periódico Público:

‘Sinto que se olha a homossexualidade como uma ofensa de lesa-majestade. Há quem entenda que estas pessoas nem sequer deveriam ser autorizadas a ingressar, porque contaminam a raça e a tribo’.

Assim, discursos como o do general Cuevas estão impregnados de preconceito e de falta de conhecimento científico. Tais discursos preconceituosos sobre a inadequação da inserção de homossexuais nos quartéis levantam alegações baseadas em resistências equivocadas, como a de interferência na eficácia das Forças Armadas, o aumento de casos de HIV/Aids e o assédio sexual por parte dos homossexuais, e, principalmente, a diminuição da coesão das tropas, como alertam Lazo (2004) e Rocha (2011). Nessa seara, a inclusão dos homossexuais nas fileiras das Forças Armadas é questão que merece reflexão e discussão em diversas áreas do saber, desde a política à biologia.

Buscando contribuir com a ampliação da necessária discussão sobre a inclusão de pessoas LGBTQIAPN+ nas instituições militares, este capítulo discute essa questão nas Forças Armadas Brasileiras por meio da ilustração de um caso concreto.

A homossexualidade nas Forças Armadas Brasileiras: a experiência vivida por um militar gay

Desde a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1990), em 1988, a garantia dos direitos humanos, políticos, sociais e/ou civis se tornou um avanço importante para a sociedade, representando uma vitória democrática para a sua população como um todo. No entanto, diversos grupos sociais não foram contemplados com esses direitos, a saber, a comunidade LGBTQIAPN+, que continua sendo vítima de ataques à sua dignidade e ao seu direito à diversidade sexual e de gênero, deixando-a em situação de vulnerabilidade. Nesse contexto, Menezes e demais autores (2018) apontam que as pessoas LGBTQIAPN+ ainda sentem grande dificuldade de acesso à educação, à saúde e à assistência e previdência

sociais, isto é, há inúmeros obstáculos para garantir juridicamente os seus direitos e, assim, poder exercê-los (Prado; Sousa, 2017). Nesse sentido, Verbicaro Soares (2015) defende que há um ideário intensamente machista na sociedade brasileira sobre a masculinidade, assim como normas heteronormativas e impositivas que, dessa forma, acabam sendo implementadas nas corporações militares, munidas de forte ideologia discriminatória quanto à inclusão dos homossexuais nos quartéis.

Assim, embora seja possível imaginar como deve ser difícil para um praça, suboficial ou oficial *gay* assumir a sua orientação sexual nas academias militares por conta de tais ideias preconcebidas sobre masculinidade hegemônica, os autores deste capítulo optaram por ilustrar a experiência vivida de discriminação e de preconceito contra um militar nessas corporações. A partir de um episódio ocorrido em 2022, o sargento Lucca Michelazzo teceu algumas considerações à revista *Veja* sobre a sua experiência vivida de resistência em instituições militares por conta de namorar uma mulher transgênero. Michelazzo esclarece: “Eu havia me relacionado antes tanto com mulheres cis – aquelas que se reconhecem em todos os aspectos com o gênero de nascença – quanto com mulheres trans, que nasceram com o órgão masculino, mas não se identificam com ele. Para mim não há diferença, o que importa é a pessoa”. Mesmo assim, “no quartel, tentava ser discreto, mas nem sempre é possível guardar segredos”. Segundo o sargento, “ter valor na caserna fez com que eu mesmo me valorizasse, ainda que vivendo um relacionamento amoroso pouco usual”. Entretanto, a vida do militar torna-se onipresente, até mesmo fora do expediente, por ser entendida não apenas como um ofício, mas como uma vocação, cujo chamado ocupa todos os feitiços da sua vida (Janowitz, 1988). Dessa forma, nem toda a vida sexual de um militar pode ser exposta para que não seja vítima de boatos, como foi a do sargento Michelazzo: “[...] Um amigo falou que o pessoal estava comentando o assunto. Eu me afastei um pouco da turma, mas, mesmo assim, ouvia frases do tipo: ‘Você viu o Michelazzo namorando aquele travesso’? Qualquer errinho que eu cometia ganhava uma proporção muito grande. Todo mundo me zoava, era um massacre...”.

Experiências como a de Michelazzo demonstram que as instituições militares criam e desenvolvem ambientes tensos e inseguros a ponto de haver punições e perseguições num espaço que deveria ser de companheirismo profissional. Segundo o sargento, logo ao chegar à Escola de Sargentos das Armas (ESA), já marcado pela sua homossexualidade, foi alertado por alguns oficiais: “Chega quieto, sem levantar bandeira”. Por outro lado, acrescenta: “O capitão me chamou para me dar uma força.

Alguns sargentos se solidarizaram”. No entanto, Michelazzo conta que, certo dia, começou a circular mais uma foto em que ele aparecia com Thaynna, sua namorada, com a legenda: “O aluno da ESA chegando com o seu travequinho”. Mesmo na sua formatura, o sargento soube de uma mensagem de áudio que “viralizou” nas redes sociais, em que um sargento mais antigo da ESA, indignado, questionava: “Como é possível um traveco ir à formatura de um sargento? Botar o quepe na cabeça dele? Isso é um absurdo. Alguém tem de avisar que esses travecos não são bem-vindos!”. Entretanto, mesmo diante de tantas atitudes de violação dos seus direitos nas Forças Armadas, ao final da matéria, o sargento Lucca Michelazzo resiste e afirma: “Como homem, não deixarei de defender a mulher que amo”. Assim, nota-se que há um persistente confronto discursivo entre distintas pretensões de verdade (Foucault, 1970). Ou seja, parece haver um vácuo entre um discurso de inclusão velada por parte de alguns poucos militares, e outro, claramente homofóbico, nem sempre explícito, que circula mais frequentemente no cotidiano das casernas.

Tais práticas discursivas contra aqueles que se revelam homossexuais apontam para o que Bourdieu (2004) denominou de violência simbólica, que se manifesta contra determinados grupos sociais e seu modo de perceber a realidade. Bourdieu (2002) argumenta que o que é “natural” em determinados grupos sociais valida a exclusão de outras possibilidades. Nesse sentido, a diversidade sexual não deve ser considerada um impeditivo da realização de qualquer atividade, militar ou outra, mas apenas uma forma diversa de lidar com ela (Verbicaro Soares, 2015).

A partir desses excertos, pode-se compreender quanto as corporações militares ainda são ambientes pouco receptivos às pessoas LGBTQIAPN+, não demonstrando empatia com aquelas que assim professam a sua orientação sexual. É o que se percebe nas palavras do general Hamilton Mourão¹⁰, então candidato a vice-presidente, em 2018, na chapa com o ex-presidente Jair Bolsonaro, que demonstra o quanto a homofobia ainda persiste nos quartéis, reagindo ao direito das pessoas LGBTQIAPN+ como a uma imposição: “[...] sou contrário a um ativismo *gay* que queira impor isso como um modo de vida. O camarada é homossexual, ele vive a vida dele. Não precisa querer impor aquilo para os demais”.

Apesar de ainda haver muito preconceito contra a inclusão dos *gays* nas Forças Armadas, Carreiras (2004) destaca que muitos homossexuais fizeram o serviço militar, embora buscassem não demonstrar sua orientação sexual publicamente. Falar claramente sobre a diversidade sexual é um exercício que requer abertura e diálogo a fim de ultrapassar barreiras para que possa ser um processo aglutinador

e de integração dos militares *gays*, sem discriminação nem preconceito nas Forças Armadas Brasileiras. Dessa forma, discutir tais atitudes discriminatórias e preconceituosas possibilita abrir janelas de oportunidades para compreender eticamente novos espaços que possam dar visibilidade e gerar sociabilidade, pertencimento e inclusão de todos os militares, para além de suas orientações sexuais (Simons; Piper, 2015). Portanto, apenas uma perspectiva que se contraponha à discriminação e ao preconceito nas instituições militares pode gerar uma mudança de paradigma e a formação de um ambiente facilitador da inclusão de militares *gays*, envolvendo a desconstrução de ideais heteronormativos excludentes, arraigados política, histórica, social e culturalmente, que sedimentaram e mantêm a hegemonia de uma única orientação: a heterossexual (Teixeira, 2012).

Em todo o mundo, tal mudança de paradigma tem acontecido de maneiras diversas. O Reino Unido, por exemplo, suspendeu a proibição de entrada e de permanência de homossexuais nas Forças Armadas ainda em 1999 e iniciou uma política para o seu reconhecimento. No entanto, pesquisas indicam que a homossexualidade nos quartéis ainda constitui um tema sensível entre os militares britânicos (Bulmer, 2013). Na China, homossexuais nas Forças Armadas não são permitidos; a Rússia aceita o alistamento militar de lésbicas e *gays* em tempos de guerra, enquanto em Portugal e na Itália, a homossexualidade é considerada inapropriada para as atividades militares (Costa, 2022). Nos Estados Unidos da América, durante muito tempo, foi implementada e mantida a política, obrigatória por lei, intitulada de Don't Ask, Don't Tell (Não Pergunte, Não Conte). Com essa política restritiva em vigor, aqueles que se reconheciam como *gays* poderiam se engajar no serviço militar desde que não demonstrassem intenção ou propensão de se envolverem em relações homoafetivas. Essa restrição se devia e se mantinha por conta da crença de que a presença de homossexuais nos quartéis colocaria em causa o padrão moral de disciplina e ordem, que é o núcleo duro das competências militares (Belkin, 2008). A lei, considerada um avanço durante algum tempo, passou a ser questionada pelo movimento LGBTQIAPN+, entre as décadas de 1990 e 2000, por conta de seu incentivo à discriminação e ao preconceito contra os homossexuais, representando um atraso na ampliação de seus direitos. Foi revogada em 2010.

Por sua vez, para Figueiredo (2008), o Exército, a Força Aérea e a Marinha do Brasil ainda precisam abolir comportamentos discriminatórios e barreiras que humilham e punem pessoas LGBTQIAPN+, além de impedir a sua real inclusão nas corporações, pois as atividades militares e o respeito às regras, à honra, à hierarquia

e à disciplina não dependem nem são limitadas ou impedidas por questões relativas à diversidade ou às suas identidades e orientações sexuais (Duailibi, 2016). Em pleno século XXI, passados mais de um ano do caso de Lucca Michelazzo, na verdade, quase nada foi feito para impedir os ataques àqueles que assumem e expressam uma orientação sexual que foge aos padrões da heteronormatividade. Ao contrário, a rejeição a essas pessoas continua requerendo ações na Justiça em prol da dignidade e do respeito a elas, como Michelazzo destaca: “Prestei queixa na polícia por transfobia, preconceito e racismo, e espero que os autores sejam responsabilizados”. Ou seja, o ideal da masculinidade hegemônica persiste na sociedade brasileira e, mais ainda, nas suas instituições militares (Connell; Messerschmidt, 2013). A orientação homossexual continua sendo percebida por muitos como uma questão problemática e de relevância moral, um pecado ou uma doença que deve ser curada (Verbicaro Soares, 2015). Nesse contexto, as relações homoafetivas ainda não são encaradas com “bons olhos”. Como esclarece Suplicy (1983), a coibição sexual se distingue no tempo e no espaço, se modificando a cada geração, que percebe a sexualidade e a homossexualidade conforme as preocupações do seu tempo, a fim de sustentar a sua concepção sexual. Se os direitos das pessoas LGBTQIAPN+ avançaram consideravelmente no campo jurídico, já não é sem tempo para que essas transformações ocorram também em outros campos sociais, particularmente nas instituições militares.

A diversidade sexual ainda enfrenta barreiras socioculturais contrárias à sua aceitação, pois, conforme Verbicaro Soares e Cruz (2018), representa uma ameaça às concepções machistas, conservadoras, naturalistas e heteronormativas dominantes. O problema da inclusão de pessoas LGBTQIAPN+ nas Forças Armadas é a estigmatização, que facilita a exclusão e debilita o combate à intolerância (Rocha, 2011). A homossexualidade continua no terreno do “proibido” e do negado nas instituições militares.

Embora o objetivo último desta seção seja ilustrar e discutir a experiência vivida de um único militar homossexual, seria possível citar diversos casos, apesar da dificuldade de encontrar aqueles que se disponham a arriscar suas carreiras e a serem punidos por conta da exposição pública. Talvez devido ao risco atenuado de ser um coronel do Exército brasileiro na reserva, que, durante 30 anos, viveu sua homossexualidade na surdina, foi possível a Brito Júnior (2019) colher o seu depoimento esperançoso, considerando que, como as Forças Armadas não são ambientes totalmente homogêneos, é possível que haja oficiais que não discriminem pessoas

LGBTQIAPN+. A tendência, para o coronel reformado, é que a homofobia no Exército brasileiro diminua aos poucos, especialmente por conta da reforma dos militares mais velhos, que ainda se apegam de modo arraigado ao *ethos* militar tradicional.

Perante a ainda hostil resistência a aceitar militares *gays*, faz-se necessário, conforme Bustos (2010), implementar ações positivas na administração pública que visem assegurar o princípio da igualdade, criando um espaço de acolhimento nas Forças Armadas que respeite a diversidade sexual e de gênero, a dignidade humana e a não discriminação das pessoas LGBTQIAPN+ (Verbicaro Soares, 2015).

Considerações finais

Ser militar sempre representou *status* social. Para além da mística representada pelo uniforme e pelas solenidades imponentes, há a oportunidade de alcançar projeção social. Caso se torne um oficial de cargo superior, o militar será uma autoridade e, se chegar ao topo da carreira, poderá comandar instituições cuja tradição o colocarão em posição de destaque. A propaganda que conclama jovens a ingressarem na carreira militar está em toda parte. Para muitos deles, ser militar implica assumir uma grande responsabilidade, mas também a realização de um sonho, uma conquista muito desejada e alcançada com bastante esforço. Alguns desses jovens, certamente, são pessoas LGBTQIAPN+.

A discussão sobre a inclusão ou o banimento dos homossexuais das Forças Armadas está especialmente cercada pelas crenças e pelos valores relacionados ao papel sociocultural esperado de um homem. Criou-se uma expectativa de que o militar deve ser um homem másculo, duro, ríspido, rígido e intransigente, sem resquícios de sentimentos e comportamentos considerados “femininos” na sua vida pessoal, mas, especialmente, na profissional. Nessa perspectiva, um homem *gay* é claramente percebido de forma estereotipada e preconceituosa, sendo, então, considerado o completo oposto do que deveria ser um militar: ele gesticula de modo exagerado, tem voz, postura e atitudes afeminadas, e demonstra excessivamente seus sentimentos. Assim, é frequentemente avaliado como inapto para servir às Forças Armadas, a não ser que consiga escamotear e viver sua homossexualidade na surdina. Como foi ilustrado e discutido neste capítulo, se inserido na carreira militar, sua experiência vivida provavelmente será plena de sofrimento, constrangimento, escárnio e, frequentemente, de censura e perseguição.

Com efeito, a incorporação e a permanência de homens que se identifiquem como *gays* na caserna ainda é objeto de incômodo e, até mesmo, de revolta e repúdio por parte de diversos companheiros e autoridades de farda. Ainda que a inserção de homossexuais e de outras pessoas LGBTQIAPN+ nas Forças Armadas Brasileiras não seja vetada legalmente, as práticas discursivas rotineiras na caserna e mesmo fora dela apontam para crenças e atitudes homofóbicas por parte dos seus membros. Não raro, percebe-se que os homossexuais são desqualificados e desautorizados, sendo tomados como indivíduos sem qualquer valor social pelos defensores da heteronormatividade hegemônica.

Portanto, ao tratar de um tema sensível a tantas pessoas, às Forças Armadas e a considerável parte da sociedade brasileira, a pretensão deste capítulo não é afrontá-las, ridicularizá-las ou repudiá-las, mas alertá-las de que ainda há muitos seres humanos que não podem amar abertamente, sem medo de serem cerceados, punidos e perseguidos. As pessoas LGBTQIAPN+ são cidadãos como quaisquer outros, que merecem ter assegurados tanto os seus direitos humanos, políticos, sociais e/ou civis quanto os de seus cônjuges e dependentes, o que as instituições militares ainda resistem a garantir. Tais preceitos são, muitas vezes, desrespeitados, sendo os militares homossexuais frequentemente percebidos pelos defensores da norma heterossexual como seres abjetos, que envergonham a farda e sujam a imagem das instituições militares. Assim, não seriam dignos de participar delas. Tais percepções retrógradas, entranhadas na cultura e na sociedade, excluem a diversidade de formas de viver o gênero e a sexualidade, interferindo diretamente na coesão social. Por isso mesmo, devem ser discutidas e questionadas para que possam ser superadas.

Referências

- ALTHUSSER, L. *Ideologia e aparelhos ideológicos do estado*. 3. ed. Lisboa: Presença, 1969.
- ANTONIO, C. A.; BORNSCHEIN, R. F. *Homossexualidade: uma perspectiva cristã*. Curitiba: Faculdade Teologia Betânia, 2019. Disponível em: http://faculdadebetania.com.br/revista/abril2019/homossexualidade-_uma_perspectiva_crista__ana_e_fred.pdf. Acesso em: 3 abr. 2023.
- BELKIN, A. “Don’t Ask, Don’t Tell”: does the gay ban undermine the military’s reputation?. *Armed Forces & Society*, Thousand Oaks, v. 34, p. 276-291, 2008.

Disponível em: https://www.rienner.com/title/Don_t_Ask_Don_t_Tell_Debating_the_Gay_Ban_in_the_Military. Acesso em: 15 mar. 2023.

BORRILLO, D. *Homofobia: história e crítica de um preconceito*. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: UNESP, 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Resolução CFP nº 1, de 22 de março de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual. *Conselho Federal de Psicologia*, Brasília, DF, 22 mar. 1999. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-1-1999-estabelece-normas-de-atuacao-para-os-psicologos-em-relacao-a-questao-da-orientacao-sexual?origin=ins-tituicao&q=Homossexual>. Acesso em: 1 nov. 2023.

BRITO JÚNIOR, J. F. “Na verdade, eu sobrevivi”: a homossexualidade no exército brasileiro. *Hoplos*, Niterói, v. 3, n. 5, p. 1-15, 2009. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/hoplos/search/authors/view?givenName=Jos%C3%A9%20Fontenele&familyName=Brito%20Jr.&affiliation=Unifor&country=BR&authorName=Brito%20Jr.%2C%20Jos%C3%A9%20Fontenele>. Acesso em: 4 maio 2023.

BROWN, P. *Corpo e sociedade: o homem, a mulher e a renúncia sexual no início do cristianismo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

BULMER, S. Patriarchal confusion?. *International Feminist Journal of Politics*, London, v. 15, n. 2, p. 137-156, 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0967010615614137>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BUSTOS, M. Á. La transcendencia del sistema de función pública en el desarrollo de la igualdad. In: RUIZ, M. M. (dir.). *Formación y objeto del Derecho antidiscriminatorio de género: perspectiva sistemática de la igualdad desde el Derecho público*. Barcelona: Atelier, 2010. p. 235-254.

CARNEIRO, S. J. A. *Temporalidades: revista discente do Programa de Pós-Graduação em História da UFMG*, Belo Horizonte, v. 7, n. 3, 2015.

CARREIRAS, H. Diversidade social nas Forças Armadas: gênero e orientação sexual em perspectiva comparada. *Revista Nação e Defesa*, Lisboa, n. 107, p. 61-88, 2004.

CARREIRAS, H. *Gender and the Military: women in the armed forces of western democracies*. Axon: Routledge, 2006. Disponível em: <https://www.routledge.com/Gender-and-the-Military-Women-in-the-Armed-Forces-of-Western-Democracies/Carreiras/p/book/9780415472081>. Acesso em: 10 maio 2023.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. da. Os jovens e a sexualidade: um panorama da realidade brasileira. *Juventudes e sexualidade*, Brasília, DF, v. 13, n. 2, p. 440- 402, 2004.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade Hegemônica: Repensando o Conceito. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>. Acesso em: 10 fev. 2023.

CORINO, P. C. L. Homoerotismo na Grécia Antiga – Homossexualidade e bissexualidade, mitos e verdades. *Biblos*, Rio Grande, n. 19, p. 19-24, 2006. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/249>. Acesso em: 19 abr. 2023.

COSTA, F. C. L. H. “*Olhos que fuzilam o diferente*”: disputas e trajetórias textuais da sexualidade de militares gays. 2022. Tese (Doutorado em Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

COSTA, J. F. A face e o verso: estudos sobre o homoerotismo II. São Paulo: Escuta, 1995.

CUEVAS, G. S. *La homosexualidad y las FF.AA in Memorial del Ejército del Chile*. [S. l.: s. n.], 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00224490802398373>. Acesso em: 23 fev. 2023.

DRESCHER, J. Psychoanalytic therapy and the gay man. *Analytic Press*, Hillsdale, v. 18, n. 2, 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/265848196_Psychoanalytic_Therapy_and_the_Gay_Man. Acesso em: 29 abr. 2023.

DUAILIBI, R. A essência do militar. *Revista da Cultura*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 26, 2016. Disponível em: <http://www.cesim.cl/archivos%20memorial/2000-2009/2004>. Acesso em: 15 jan. 2023.

ECCEL, C. S.; SARAIVA, L. A. S.; CARRIERI, A. de P. Masculinidades, autoimagem e preconceitos em representações sociais de homossexuais. *Revista Pensamento Contemporâneo de Administração*, Niterói, v. 9, n. 1, p. 1-15, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12712/rpca.v9i1.465>. Acesso em: 20 fev. 2023.

ESKRIDGE, W. N. A history of same-sex marriage. *Virginia Law Review*, Charlottesville, v. 79, n. 7, p. 1419-1513, 1993. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1073379>. Acesso em: 8 mar. 2023.

- FIGUEIREDO, F. *Soldados não choram: a vida de um casal homossexual no Exército do Brasil: depoimento a Roldão Arruda*. São Paulo: Globo, 2008.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1970.
- FOUCAULT, M. *História de sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1979a.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979b.
- FRY, P.; MACRAE, E. *O que é homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- FURLANI, J. *Mitos e tabus da sexualidade humana: subsídios ao trabalho em educação sexual*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
- GREEN, J. N.; PÓLITO, R. *Frescos trópicos: fontes sobre a homossexualidade masculina no Brasil (1870-1980)*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 2006.
- GREENBERG, D. F.; BYSTRYN, M. Christian Intolerance of homosexuality. *American Journal of Sociology*, Chicago, v. 88, p. 515-548, 1982. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2779118>. Acesso em: 19 dez. 2022.
- IRIGARAY, H. A. R.; FREITAS, M. E. Estratégia de sobrevivência dos gays em ambiente de trabalho. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 13, n. 26, p. 57-74, 2013. Disponível em: http://em:hpepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 dez. 2022.
- JANOWITZ, M. *The professional soldier: a social and political portrait*. New York: Free Press, 1988.
- LAZO, C. O. Reflections upon homosexuality in the Armed Forces. *Revista Fuerzas Armadas y Sociedad*, Santiago, n. 3-4, p. 267-278, 2004. Disponível em: http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-14982006000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 mar. 2023.
- LE GOFF, J. *O imaginário medieval*. Lisboa: Estampa, 1994.
- MENDES, W. G. *et al.* Revisão sistemática das características dos homicídios contra a população LGBT. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, p. 5615-5628, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.33362020>. Acesso em: 4 maio 2023.
- MENEZES, M. S.; OLIVEIRA, A. C. de; NASCIMENTO, A. P. L. *LGBT e mercado de trabalho: uma trajetória de preconceitos e discriminações*. Campina Grande: Realize Editora, 2018. p. 419-430. E-book CONQUEER. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/40228>. Acesso em: 2 nov. 2023.

- MESQUITA, M. C. T. *Homossexualidade: constituição ou construção?* 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade de Ciências da Saúde, Centro de Ensino Unificado de Brasília, Brasília, DF, 2008.
- NUNAN, A. *Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo*. Rio de Janeiro: Caravansarai, 2003.
- NUNES, F. K. Da luta ao luto: nossos corpos são políticos e alvos de morte. *In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS*, 3., 2020, Teresina. *Anais [...]*. Teresina: Ed. UFPI: LESTU - Lestu Publishing Company, 2020. p. 3615-3625.
- OLIVEIRA, R. F. *Homossexualidade: uma visão mitológica, religiosa, filosófica e jurídica*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/39544>. Acesso em: 2 nov. 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 2.
- PRADO, E. A. de J.; SOUSA, M. F. Políticas Públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 11, n. 1, p. 69-80, 2017.
- ROCHA, M. E. G. T. Iguais, mas separados: os homossexuais e as Forças Armadas. *Revista Brasileira de Direito Constitucional*: RBDC, São Paulo, n. 17, p. 139-165, 2011.
- SANTOS, C. A. do N. *Representações sociais da mulher na Polícia Militar da Paraíba*. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais) – Centro de Educação da Polícia Militar da Paraíba, João Pessoa, 2005.
- SILVA, A. F.; VIEIRA, J. S. Pelo sentido da vista: um olhar gay na escola. *Currículo sem Fronteiras*, Braga, v. 9, n. 2, p. 185-200, 2009.
- SILVA, D. L. Lesbianidades e questão social. *In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS*, 3., 2020, Teresina. *Anais [...]*. Teresina: Ed. UFPI: LESTU - Lestu Publishing Company, 2020. p. 3651-3662.
- SIMONS, H.; PIPER, H. Questões éticas na geração de conhecimento público. *In: SOMEKH, B.; LEWIN, C. Teoria e métodos de pesquisa social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.
- SPENCER, C. *Homossexualidade: uma história*. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- STULHOFER, A.; RIMAC, I. Determinants of homonegativity in Europe. *Journal of Sex Research*, New York, v. 46, n. 1, p. 24-32, 2009. Disponível em: <http://www.eb.mil.br/>

documents/10138/7948276/A+Ess%C3%AAncia+do+Militar.pdf/5ec48fee-ec31-4dbc-9f3a-78dd3dd8f0f5,2016. Acesso em: 20 fev. 2023.

SUPLICY, M. *Conversando sobre sexo*. São Paulo: Círculo do Livro, 1983.

TAKÁCS, J.; SZALMA, Y. How to measure homophobia in an international comparison. *Druzhoslovne Razparave*, [s. l.], v. 29, n. 73, p. 11-42, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/256456632_How_to_Measure_Homophobia_in_an_International_Com. Acesso em: 12 mar. 2023.

TEIXEIRA, F. do B. Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 501-512, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200011>. Acesso em 5 abr. 20223.

VERBICARO SOARES, D. *La libertad sexual en la sociedad*: especial referencia a la homosexualidad en las Fuerzas Armadas Brasileñas. 2015. Tesis (Doctoral en Pasado y Presente de los Derechos Humanos) – Universidad de Salamanca USAL, Salamanca, 2015.

VERBICARO SOARES, D.; CRUZ, R. Históricas influências artísticas na formação de ideários sobre a orientação homossexual na sociedade brasileira. *Revista Pensamento Jurídico*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 281-307, 2018.

WEEKS, J. *Sexuality and its discontents*: meanings, myths and modern sexualities. New York: Routledge, 1985.

A REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Lara Daniel Grigorovski

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002), a violência contra a mulher é caracterizada como qualquer ação ou comportamento que culmine em morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, moral ou patrimonial à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada, baseada apenas em seu gênero.

Na contemporaneidade, esse fenômeno ainda é muito recorrente e infelizmente faz parte da realidade de várias mulheres, em diferentes partes do mundo, sendo um fato que acontece independentemente do nível socioeconômico, da escolaridade, faixa etária, raça, orientação sexual que a mulher tenha ou se encontre.

O Dossiê Mulher 2020, produzido pelo Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro (ISPRJ), revela que o estado registrou 128.322 mil mulheres em situação de violência doméstica no ano de 2019, o que revela que uma, a cada três mulheres, vivencia esse tipo de episódio no Rio de Janeiro, e cerca de 352 registros são feitos a cada dia.

Já o Dossiê Mulher 2021 notificou que houveram 71.183 mil registros de violência no ano de 2020, o que estatisticamente representa uma diminuição desses casos no Rio de Janeiro, mas vale ressaltar que na prática não se pode afirmar

essa diminuição de registros, isso porque as medidas de isolamento adotadas no decorrer da pandemia da covid-19 certamente fizeram com que aumentasse a sub-notificação desses casos, já que muitas mulheres enfrentaram diferentes dificuldades de acesso aos serviços especializados nessas ocorrências.

O presente estudo é relevante e se justifica principalmente por todos esses números alarmantes apresentados, tanto em nível estadual quanto nacional, onde entende-se que somente por meio de novas pesquisas, reunião de dados e estatísticas e formação adequada e especializada de profissionais e estudiosos no âmbito da violência contra a mulher, de forma a produzir, e principalmente espalhar e munir de conhecimento a população como um todo, será possível transformar essa dura realidade.

Partindo dessas perspectivas apresentadas, o presente capítulo teve então como objetivo principal discutir a violência contra a mulher, levantar as inovações proporcionadas pela Lei Maria da Penha no combate à violência contra a mulher e, por último, busca-se apresentar a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Este estudo se configurou como uma pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo, em que o levantamento de dados foi feito por meio de publicações acadêmicas dispostas, principalmente, nas bases de dados científicas do Scielo e Google Acadêmico.

A violência contra a mulher

A violência contra a mulher deve ser entendida como uma consequência, um produto, dos modelos históricos, sociais e culturais construídos pela sociedade, que foram responsáveis por posicionar homens e mulheres de maneira bastante desigual.

De acordo com Balbinotti (2018), a estrutura/organização social do patriarcado que, como o próprio nome já diz, concentra-se no poder paterno e no parentesco masculino, carrega em si dois fundamentos básicos, o primeiro é que as mulheres devem estar hierarquicamente subordinadas aos homens, e o segundo é que os mais novos também estão hierarquicamente subordinados aos mais velhos.

Essa estrutura de hegemonia masculina fez com que diferenças entre homens e mulheres virassem um abismo problemático e preocupante, em que as atividades masculinas foram supervalorizadas em comparação aos afazeres femininos, e a

sexualidade, os corpos e a autonomia feminina foram completamente apreendidos pelo sistema.

Segundo Saffioti (1987), não é difícil perceber como homens e mulheres, com o estabelecimento da sociedade patriarcal, passaram a ocupar lugares e receberem expectativas completamente opostas provenientes da sociedade e da cultura. Para as mulheres, atribuiu-se a função de cuidar do lar, da família, de reproduzir, de dar educação aos filhos, de preparar essas gerações futuras para assumir suas responsabilidades, sendo mantida nessa esfera doméstica, submissa, sob a justificativa de que essa é a natureza da mulher, ela foi criada e preparada biologicamente para gerar uma vida, e instintivamente cuidar dela.

Em contrapartida, o gênero masculino passou a ser encarado como dominante, forte, poderoso, pertencente a uma esfera pública, valorizada, empoderada, onde se espera que estes sejam responsáveis pelo controle da sociedade, por transformar, produzir, conquistar, empreender, ordenar atividades políticas, econômicas, ocupar cargos de destaque, ganhar notoriedade, sendo protetores e provedores de sua família.

Essa redução e marginalização da participação da mulher na sociedade, aprisionando-a no âmbito doméstico, foi proposital, pois assim

A mulher, reduzida ao âmbito doméstico, perde qualquer capacidade de decisão no domínio público, que fica inteiramente reservado ao homem. A dicotomia entre o privado e o público torna-se, então, a origem da dependência econômica da mulher, e esta dependência, por sua vez, gera, no decorrer das gerações, uma submissão psicológica que dura até hoje (Muraro, 2015, p. 4).

É a partir desse contexto, tendo como plano de fundo o patriarcado e todas as suas construções problemáticas, marcadas por hierarquias de valores, estereótipos e preconceitos, que Santos e Izumino (2005) apresentam três correntes teóricas utilizadas para desvendar e explicar o fenômeno da violência contra a mulher.

A primeira apoia-se na dominação masculina, tal qual explicitada anteriormente, que acredita que a violência contra as mulheres é fruto de uma construção social, uma ideologia, que se apropria das diferenças existentes entre homens e mulheres e convertem-nas em desigualdades desenfreadas, que, por sua vez, consentem

a dominação e opressão da mulher, e naturalizam a violência perpetuada pelos homens, uma vez que este é um ser superior.

A segunda corrente, defendida sobretudo por Heleieth Saffioti (1979), abraça a noção feminista e patriarcal de Karl Marx, e acredita que o cerne desse tipo específico de violência está na dominação masculina presente na sociedade de classes. A autora entende que o patriarcado não estaria resumido à simples dominação da mulher, à sua submissão, mas sim à disseminação de uma ideologia machista, como um instrumento importante de exploração econômica, que beneficia principalmente os homens brancos e ricos, e é a partir dessa socialização machista, conservada pelo sistema capitalista, que estabelece a exploração e dominação das mulheres, que a violência contra mulher é reproduzida.

A terceira e última corrente, que tem como destaque o trabalho de Maria Filomena Gregori, acredita que a ocorrência da violência contra a mulher é complexa, e trafega ora pela relação de dominação masculina, em que a mulher ressentida sua limitação de liberdade, ora pela vitimização feminina, em que a mulher promove a manipulação ao se demonstrar indispensável para o homem. Logo, para a autora, a melhor forma de compreender esse fenômeno é deixando de lado a visão dualista, irreduzível, opressor/vítima, e entendendo que a violência contra a mulher é paradoxal, ambígua, em que coexistem o sentimento de fragilidade, subjugação, e também a reprodução e reforço dos papéis de gênero.

O fato é que, independentemente da corrente teórica que se escolha para explicar as raízes da violência contra a mulher, todas elas concordam que, por muito tempo, a mulher foi colocada em uma posição de objeto, não possuindo o direito de opinião própria, de gozar da liberdade, de tomar suas próprias decisões, estando sempre submetida às decisões e comandos de um homem, primeiramente do pai, do irmão, e no momento seguinte, do marido.

Essa normatização acerca da dominação masculina sobre as mulheres, o machismo presente e atravessado nas mais diversas instâncias da sociedade, junto à organização patriarcal, permitiu ao homem o direito de tratar a mulher como sua subordinada, como um objeto que lhe pertence de fato, e esta, por sua vez, deveria se mostrar educada, contida, obediente, caso contrário, não só estaria sujeita a sofrer punições, como seria merecedora desse fato, por tentar ferir a moral do homem perante a sociedade.

Lira (2019) coloca que a definição de violência contra a mulher foi resultado de muita pesquisa, luta e conscientização do movimento feminista, justamente

com o intuito de escancarar as diversas situações de agressão, de sofrimento, de humilhação que estas enfrentavam e ainda enfrentam, tudo pelo simples fato de serem mulheres, e que a sociedade, por muito tempo, se manteve calada em relação a esses episódios, entendendo que se tratava de algo normal e que deveria permanecer no âmbito privado.

Com a intensa batalha de definição e delineamento da violência contra as mulheres, assim como a divulgação de que esse evento se trata de um grave problema de saúde pública, começa uma trajetória, primeiramente de órgãos internacionais de defesa dos direitos humanos, para elaborar e efetivar um Sistema Internacional de Proteção às Mulheres Vítimas da Violência, que também veio a servir para monitorar, cobrar e incentivar os países-membros a criarem seus próprios sistemas de leis e ações para conter a incidência dos casos. Foi assim que o Brasil se prontificou a criar a inovadora e imponente Lei Maria da Penha.

A Lei Maria da Penha

Antes da criação da Lei Maria da Penha, os casos de violência eram julgados pelos Juizados Especiais Criminais (Jecrim), garantidos pela Lei nº 9.099 de 1995, que, segundo Romagnoli (2015), embora tenham sido criados sob a promessa de acesso mais rápido das mulheres à justiça, e logo, a melhor resolução de seus casos, na verdade o que esses juizados entregavam era o oposto disso, onde as denúncias e a maioria dos casos eram constantemente considerados como crimes de menor potencial ofensivo, e as penas aos autores se resumiam basicamente em penas alternativas, como pagamento de multas e/ou de cestas básicas.

E foi justamente um desses tantos casos, tratados com ignorância, omissão e despreparo, que levou à resistência, à luta, e finalmente à substituição e revogação da Lei nº 9.099/95 e da competência dos Juizados Especiais Criminais em julgar os casos de violência contra a mulher, já que estes estavam se mostrando ineficazes em sua atuação, caso esse o da biofarmacêutica Maria da Penha Fernandes.

De acordo com Borelli (2013), Maria da Penha sofreu duas tentativas de assassinato por parte do seu então marido, Marco Antônio Viveros, ambas ocorridas em Fortaleza. Após esses acontecimentos, Maria da Penha procura e ingressa na justiça para assegurar seus direitos, buscar proteção e, principalmente, buscar o afastamento legal de Marco Antônio. O grande problema é que o seu caso se arrastou por

anos na justiça, mesmo não restando dúvidas de quem foi o mandante e executor dos atentados à sua vida.

Segundo Meneghel e demais autores (2013), como consequência de duas tentativas fracassadas e decepcionantes de julgamento e responsabilização do autor, e a clara displicência da justiça brasileira, Maria da Penha e sua defesa levaram o caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) em 1998, que rapidamente considerou esse caso uma grave violação dos direitos humanos, e notificou o Brasil quatro vezes, ao longo de três anos.

Porém, novamente o país optou por ignorar e permanecer na impunidade e inefetividade diante dessa denúncia, até que, em 2001, essa mesma comissão condena internacionalmente o Brasil, por negligência, omissão e tolerância à violência doméstica e familiar contra as mulheres, e só assim, o governo e a justiça brasileira se reúnem para acatar essa condenação, junto às suas diversas recomendações, para então começar a querer mudar o cenário nacional no tocante a essa temática.

Por fim, a ação tomada pelo Estado brasileiro para enfrentar essa condenação internacional e frear os tantos outros casos de violência com menor repercussão, que os antigos juizados especiais também menosprezavam e desconsideravam, foi a criação e implementação da Lei nº 11.340, em 07 de agosto de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que representou finalmente diversas inovações e melhorias para o cenário judiciário e penal brasileiro.

Piovesan e Pimentel (2014) destacam que entre essas inovações proporcionadas pela Lei Maria da Penha, as principais são: a mudança de paradigma no entendimento da violência contra a mulher (que passa a ser considerada como uma grave violação dos direitos humanos das mulheres, e não mais uma infração penal de menor potencial ofensivo), a inclusão da perspectiva de gênero para tratar desse tipo de violência (passa a levar em conta as múltiplas condições peculiares dessas mulheres), o reconhecimento da necessidade de estabelecer medidas integradas e multidisciplinares de prevenção à violência, a partir da articulação da União, estados, Distrito Federal, municípios e de Organizações Não Governamentais (ONGs), entre muitas outras coisas.

A Lei nº 11.340/06, também em consonância com o que estabelece a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de Belém do Pará, amplia o conceito de violência contra a mulher, e em seu artigo 5º expõe que: “Configura-se violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer

ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Brasil, 2006, p. 1).

Além de expor melhor a tipificação e a amplitude do que seria essa violência, a lei em questão também destaca a noção mais ampla do conceito de família, que não se restringe ao cônjuge e/ou familiar, e também garante, por meio do seu artigo 2º, o direito à livre orientação sexual da mulher.

Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (Brasil, 2006, p. 1).

A Lei Maria da Penha estabelece ainda, explícita e claramente, quais são as cinco diferentes formas de violência que acometem as mulheres, que são respectivamente: a violência física, sexual, psicológica, moral e/ou patrimonial.

Silva e demais autores (2007) definem a violência física como uma das formas mais perpetradas de violência contra a mulher, e também a mais fácil de ser detectada, justamente porque, em sua maioria, ela deixa marcas visíveis no corpo da mulher, sendo entendida, portanto, como toda ação que envolve o uso da força contra a mulher e bota em risco sua integridade física, por meio de empurrões, chutes, socos, mordidas, estrangulamento, queimaduras, mutilações, bem como o uso da arma branca ou de fogo.

Já a violência sexual se caracteriza por qualquer atitude que force a mulher a presenciar, manter ou participar de uma relação sexual de forma não consentida, por intermédio de intimidação, ameaça ou por uso da força. Da mesma forma que a prática de atos que causem desconforto, repulsa, ou obriguem a mulher a ver imagens e/ou vídeos pornográficos, dos quais ela não deseja ter acesso.

Para Casique e Furegato (2006), a violência psicológica é talvez umas das mais difíceis de definir, e também de reconhecer e comprovar, pois é uma violência menos palpável, por se tratar de instâncias psíquicas. Além disso, muitas mulheres que sofrem com esse tipo de violência não percebem, ou mesmo não acreditam, que se trata de algo tão grave, justamente porque muitos dos comportamentos que fazem parte da violência psicológica ainda são romantizados, como se fossem atitudes que

demonstram amor, zelo, cuidado, quando na verdade não são, porque se traduzem pelo sentimento de posse, como se a mulher pertencesse e devesse algo ao parceiro.

Essa violência envolve: abusos verbais (insultos, xingamentos), controle abusivo da vida da mulher, não deixando-a ver familiares, amigos, gozar de um convívio social pleno, demonstrar autoridade sobre gastos e respectivas finanças da mulher, impedindo-a até mesmo de trabalhar, além de depreciá-la, demonstrar desprezo, estabelecer uma vigilância excessiva, invadindo sua privacidade, entre outros fatores. A violência psicológica conversa muito com a violência moral, que, segundo Brasil (2006), se evidencia por meio de qualquer comportamento que tenha como principal objetivo caluniar, difamar ou insultar a mulher.

O último desdobramento da violência contra a mulher, previsto em lei, trata-se da violência patrimonial, que se demonstra como sendo qualquer ato que tenha como finalidade reter ou destruir, total ou parcialmente, objetos, documentos, recursos financeiros e/ou demais bens pessoais dela.

Cabe ressaltar ainda que essas formas perpetradas de violência contra a mulher, seja a forma física, psicológica, sexual, moral ou patrimonial, dificilmente se dão de forma isolada, de maneira única, elas sempre estão atreladas a uma ou mais formas. A violência psicológica, por exemplo, pode-se dizer que está presente em qualquer ato de violência, porque todo ato deixará fortes marcas psíquicas e emocionais na mulher, afetando diretamente sua autoestima, fazendo-a, muitas vezes, questionar o seu valor.

Em resumo, o fato é que a Lei Maria da Penha carrega em si um caráter transformador e revolucionário, porque ela consegue transcender a legislação do âmbito penal, trazendo um diverso e heterogêneo conjunto de medidas, que consegue unir as ações criminais e punitivas, que certamente são importantes, mas que vão além, se concentrando também na proteção e promoção dos direitos das mulheres, ampliando, incluindo e integrando ao assunto outras áreas tão importantes quanto a do direito, como os setores da saúde, da assistência social, do trabalho e previdência social, as políticas de educação, pois é somente com essa ação multidisciplinar que será possível chegar perto da mudança social que se deseja realizar.

Concluindo, é perceptível que o Estado brasileiro tem privilegiado a esfera penal como instância para solucionar o problema crescente e gravíssimo decorrente da(s) violência(s) perpetuada(s) diariamente contra as mulheres, porém é necessário ressaltar que tal fato não se esgota com uma eventual punição ao autor/agressor, é necessário envolver muito mais atores sociais, por meio de políticas públicas sociais

e de promoção de direitos, e a própria Lei Maria da Penha reconhece esse fato, e a partir disso prevê e levanta a necessidade da criação de uma Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, entendendo-a como um conjunto articulado com diversas frentes de ações, fruto da união do governo federal, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que busca atender as demandas das mulheres, de maneira mais séria, rápida, coordenada e especializada.

A Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres

Segundo Marteleto (2001), a rede corresponde a um conjunto de elementos autônomos, que buscam atingir interesses, objetivos em comuns, sob a ótica da cooperação, confiança, liberdade, por meio do intercâmbio de ideias, conciliação de recursos, estabelecimento de conexões, se distanciando da ideia de sistema, com comando central, hierárquico e com fluxos rígidos.

É com base nessa definição que se encontra a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que diz respeito à articulação de diversas áreas e serviços, como: saúde, educação, segurança, assistência social, justiça, unidos com a finalidade de elaborar estratégias, políticas, programas e ações, que sejam capazes de dar conta de um fenômeno tão complexo como a violência.

A formação e a consolidação de uma verdadeira rede de enfrentamento, destinada às mulheres em situação de violência, começa, sobretudo, com a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, no ano de 2003. Antes do surgimento dessa secretaria especial, não havia qualquer política de combate à violência contra a mulher bem estruturada, nem uma boa atuação governamental que caminhasse nesse sentido, ao contrário, os serviços ofertados à população eram bem escassos.

De acordo com Pasinato e Santos (2008), a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres surge ocupando um nível equivalente a um ministério, com orçamento próprio, plenos poderes e total autonomia administrativa para criar e implementar novas ações e políticas, que tivessem como objetivo ampliar, assim como garantir os direitos das mulheres, e executar a construção de serviços de atendimento para esse mesmo público.

É com a estruturação dessa Secretaria Especial de Políticas para Mulheres que as ações governamentais deixam de ser emergenciais, com a utilização de campanhas isoladas, e passam a focar em uma atuação mais complexa, bem elaborada,

não mais restringidas às áreas de segurança e assistência social, mas abrangendo diversas e heterogêneas frentes e objetivos.

Entre esses novos focos, estão: o apoio a serviços especializados; a capacitação de agentes públicos para prevenção e atendimento; a criação de normas e padrões de atendimento; o aperfeiçoamento da legislação; o incentivo à constituição de redes de serviços; o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e a ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (Brasil, 2011).

Além de promover essas mudanças, ampliando a atuação e também o investimento dedicado às políticas públicas, voltadas para as mulheres em situação de violência, a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres propiciou a criação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, sendo ambos marcos importantes nesse caminho para a estruturação de uma rede intersetorial e funcional de enfrentamento à violência contra a mulher.

Segundo Cavalcanti e Oliveira (2017), a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi criada no ano de 2004, e determina conceitos, princípios, diretrizes e ações, voltadas para o tema da violência contra a mulher. Esse plano nacional foi estruturado a partir de quatro eixos: a prevenção, o combate, a assistência e, por fim, a garantia de direitos das mulheres em situação de violência.

No que diz respeito à prevenção da violência, a Política Nacional (Brasil, 2011) visa estabelecer ações, campanhas educativas e culturais, que tenham por objetivo desconstruir os estereótipos de cada gênero, promover atitudes e valores éticos, o respeito à diversidade de gênero, raça e etnia, além de expor as diferentes formas de violência perpetuadas contra as mulheres e a importância da denúncia.

O combate está relacionado à criação, à determinação e ao cumprimento das leis penais, que garantem a responsabilização dos autores de violência e contribuem para a proteção da mulher. Para isso, houve a implementação da Lei Maria da Penha e dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar.

Na categoria de assistência, a Política Nacional (Brasil, 2011) presume a garantia do atendimento qualificado e humanizado a essas mulheres em situação de violência, por meio de serviços especializados, além da formação de agentes comunitários e a criação de uma rede de atendimento articulada.

Por último, no âmbito da garantia dos direitos das mulheres, é previsto que todas as iniciativas cumpram com a legislação, os tratados nacionais e internacionais,

na área da violência contra as mulheres, e proporcionem o empoderamento feminino, o total e igualitário acesso à justiça, assim como o resgate da cidadania delas.

Vale ressaltar ainda que, para que esses quatro eixos fundamentais obtenham êxito em sua aplicação na sociedade, é imprescindível que haja um monitoramento minucioso dessas ações, políticas e iniciativas, por meio de uma avaliação sistemática e integral pelos governos federais e estaduais, e foi justamente para isso que foi criado e estruturado o Pacto Nacional.

O Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher foi criado no ano de 2007, e de acordo com Dufloth e demais autores (2015) trata-se de um acordo de cooperação envolvendo o governo federal, os governos estaduais e os municipais, que têm como objetivo planejar ações e implementar políticas públicas integradas de combate à violência contra a mulher, em todo o território brasileiro, que arquem com todos esses princípios apresentados anteriormente, previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Além de estar baseado nas propostas da Política Nacional em questão, o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher ainda acrescenta mais alguns focos para a atuação, entre eles: a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o combate à exploração sexual, ao tráfico de mulheres e a promoção dos direitos humanos das mulheres encarceradas.

É a partir dessas conquistas da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, isto é, do estabelecimento de uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, e desse Pacto Nacional, em que todos os níveis governamentais se comprometem a colocá-la em prática, de forma articulada e conjunta, que a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres surge de uma forma mais clara, organizada e estruturada.

Ainda conforme a Política Nacional (2011), essa rede de enfrentamento visa então promover o fortalecimento da mulher, o resgate da sua autonomia, de seus direitos, de sua cidadania, da mesma maneira que também trabalha para contribuir para que o autor assuma as devidas consequências pelo seu ato, ou seja, de maneira geral a rede nasce com o intuito de cumprir com tudo aquilo que foi acordado na política e pacto nacionais já explicitados aqui.

Para colocar em prática todos os seus respectivos propósitos, e tentar honrá-los ao máximo, a rede de enfrentamento à violência abarca uma grande variedade de serviços, políticas, agentes e instituições em sua formação, justamente para que seja possível apreender da melhor maneira possível toda a complexidade e a

multiplicidade de fatores envolvidos no tema da violência e suas diversas formas de expressão. Entre eles estão: agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres (organismos de políticas para as mulheres, ONGs, conselhos dos direitos das mulheres); serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (habitação, educação, trabalho, seguridade social, cultura) e serviços especializados e não especializados de atendimento às mulheres em situação de violência.

De acordo com Pacheco (2015), é possível dizer que a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres é constituída, sobretudo, por quatro grandes áreas: 1) saúde; 2) justiça; 3) segurança pública; e 4) assistência social; e é esse caráter intersetorial e multiprofissional que permite compreender melhor o contexto da violência, já que é a união e a troca entre essas diferentes perspectivas, especialidades e práticas que acarreta uma visão mais completa do problema, que, por sua vez, resulta em um atendimento mais qualificado e também em encaminhamentos mais assertivos, e dentro de cada área apresentada existem ainda serviços especializados e não especializados.

Vresinski (2017) coloca que a categoria de serviços não especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, na grande maioria dos casos, funciona como uma porta de entrada à rede, que atua no sentido de direcionar a mulher aos serviços mais especializados, seja por perceberem o contexto em que elas se encontram por meio do seu trabalho, seja também por demanda espontânea da mulher, que, por muitas vezes, ao desconhecer os equipamentos especializados da rede de enfrentamento, acaba primeiro procurando esses espaços, por estarem mais próximos ou mais acessíveis a essas pessoas; entre eles, estão: os hospitais gerais, os serviços de atenção básica, a Polícia Militar, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e Defensorias Públicas.

Já os serviços especializados de atendimento à mulher são aqueles que acolhem e atendem especificamente mulheres e possuem maior conhecimento acerca da temática, suas causas, incidências, possibilidades, logo, os profissionais são mais preparados e qualificados para prestarem um primeiro atendimento e acolhimento, assim como realizarem os demais desdobramentos e desenvolvimento dos casos em questão.

Conforme a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011), fazem parte dessa categoria: as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (Deam), responsáveis pelo registro de ocorrência e solicitação de medidas protetivas; a Patrulha Maria da Penha, serviço da Polícia Militar que se encarrega de comparecer periodicamente às residências de mulheres cadastradas, a fim de fiscalizar o cumprimento de medidas protetivas; os Centros Integrados de Atendimento à Mulher, que contam com atendimento e acompanhamento jurídico, social e psicológico para essas mulheres, e onde são elaboradas as articulações com o restante da rede; a Central de Atendimento à Mulher, responsável por receber denúncias telefônicas e orientar sobre onde essas mulheres podem e devem comparecer; os Núcleos Especiais de Defesa da Mulher, que objetivam defender e promover os direitos desta, entre outros serviços.

Vale evidenciar ainda que os componentes da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres aqui demonstrados e citados são os mais comuns a todos os estados brasileiros, porém cada estado ou município obtém a liberdade de distribuir essa rede de forma independente e diferenciada, sendo possível que um estado opte pela ampliação de determinados serviços, por exemplo, já outro prefira a concentração de mais serviços em um único espaço.

Baseado em tudo que foi apresentado e pensado até este momento, ficou claro como a violência contra a mulher apresenta demandas muito pluralizadas e profundas, e justamente por esse motivo, visando dar conta de todas ou pelo menos a maioria destas, a rede de enfrentamento deve realmente estar focada em proporcionar o maior leque possível e diversificado de serviços, agentes, ações, programas e políticas, mesmo tendo a clareza de que toda essa diversidade de saberes, perspectivas, atuações e objetivos gera muitos desafios.

E talvez o maior desses desafios seja o de transformar, de fato, toda essa pluralidade em algo realmente articulado e integrado, com um projeto base, que seja comum a todos os agentes e integre todos os interesses em jogo, em que, além disso, o fluxo de atendimento e funcionamento também esteja plenamente alinhado com a realidade de cada local, correspondendo às demandas das mais diferentes naturezas, assumindo então o caráter de “rede” em sua plenitude de sentido, isto é, abandonando de vez o modelo mais tradicional de gestão e política pública, que se aproxima do contrário disso, isto é, da desarticulação, da setorialização e da departamentalização.

Considerações finais

No que diz respeito à Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, prevista na Lei Maria da Penha, foi possível constatar que, embora sua criação esteja baseada na ideia de atividades e serviços amplos, diversificados, especializados e bem articulados, a realidade em que essa rede se encontra na prática é bem diferente disso, apresentando somente alguns poucos serviços, muito sucateados e insuficientemente articulados, ou seja, ela ainda é muito principiante no território brasileiro, e pode-se dizer que ainda se encontra na fase de implementação, expansão e fortalecimento neste solo.

Somado a essa realidade, ainda é necessário destacar que a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, responsável por pensar e executar essa rede de enfrentamento, foi despotencializada pelo governo federal anterior, sob o comando de Jair Messias Bolsonaro, sendo reduzida a um mero departamento do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), sofrendo com diversos cortes e diminuição brusca de investimentos, ações e projetos, o que contribuiu ainda mais para essa fragmentação e precarização observada.

Ressalta-se ainda que tão importante quanto olhar para o eixo assistencial da rede de enfrentamento, previsto na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, é necessário olhar com ainda mais cuidado para o eixo preventivo, isto é, investir ainda mais em programas educativos e culturais, que busquem propiciar e propagar conhecimentos a respeito da diversidade de gênero, raça e etnia, da necessidade do respeito e da igualdade, da importância da denúncia em caso de qualquer violação, de se “meter cada vez mais a colher”, pois é assim que se constrói um caminho mais firme e palpável rumo a uma transformação comportamental da sociedade, frente a esse tipo de violência específica, mas também de tantas outras faces que ela assume.

Referências

BALBINOTTI, I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. *Revista da ESMESC*, Florianópolis, v. 25, n. 31, p. 239-264, 2018. Disponível em: <https://revista.esmesc.org.br/re/article/view/191>. Acesso em: 3 out. 2023.

BORELLI, A. Meu nome é Maria da Penha: considerações sobre a Lei de violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia,

v. 26, n. 2, p. 234-247, 2014. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/24682>. Acesso em: 3 out. 2023.

BRAGA, M. *Assistência na Lógica da (Des)Proteção Social: desafios da rede de atendimento e enfrentamento da violência contra a mulher em Manaus*. 2019. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2019. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7495>. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre Violência Doméstica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

BRASIL. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2011.

CASIQUE, L.; FUREGATO, A. Violência Contra Mulheres: reflexões teóricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, p. 950-956, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PKjsM9ngxJXf7VTpHkx4GGs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 7 out. 2023.

CAVALCANTI, E.; OLIVEIRA, R. Políticas Públicas de Combate à Violência de Gênero - A Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar*, Cajazeiras, v. 2, n. 2, p. 192-206, 2017. Disponível em: <http://revistas.ufcg.edu.br/cfp/index.php/pesquisainterdisciplinar/article/view/194>. Acesso em: 12 out. 2023.

DUFLOTH, S. *et al.* Construção da Cidadania Feminina: contribuições do “Pacto Nacional Pelo Enfrentamento a Violência Contra a Mulher”. *Revista internacional interdisciplinar Interthesis*, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 271-291, 2015. Disponível em: https://www.academia.edu/78860226/Constru%C3%A7%C3%A3o_da_cidadania_feminina_contribui%C3%A7%C3%B5es_do_pacto_nacional_pelo_enfrentamento_%C3%A0_viol%C3%Aancia_contra_a_mulher. Acesso em: 10 out. 2023.

LIRA, K. Representação Social da Violência Contra as Mulheres: revisão sistemática dos estudos no Brasil. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v. 10, p. 22-30, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/46707>. Acesso em: 15 out. 2023.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001. Disponível em: <https://revista.ibict.br/ciinf/article/view/940>. Acesso em: 5 out. 2023.

MENEGHEL, S. *et al.* Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 691-700,

2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gZtYwLDYSqtgp7wGTTXHw4z/?lang=pt#>. Acesso em: 12 out. 2023.

MURARO, R. Introdução. In: KRAEMER, H.; SPRENKE, J. *O martelo das feitiças*. Rio de Janeiro: BestBolso, 2015. p. 5-17.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: OMS, 2002.

PACHECO, L. *A Prática Assistencial na Rede de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres em Palmas*. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4973>. Acesso em: 4 out. 2023.

PASINATO, W.; SANTOS, C. Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil. *Núcleo de Estudos de Gênero*, Campinas, 2008. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/mapeamento-das-delegacias-da-mulher-no-brasil>. Acesso em: 9 out. 2023.

PIOVESAN, F.; PIMENTEL, S. A Lei Maria da Penha na Perspectiva da Responsabilidade Internacional do Brasil. In: CAMPOS, C. *Lei Maria da Penha Comentada em uma Perspectiva Jurídico-Feminista*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014. p. 101-118.

RIO DE JANEIRO. *Dossiê Mulher 2020*. 16. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2021.

RIO DE JANEIRO. *Dossiê Mulher 2021*. 17. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2022.

ROMAGNOLI, R. Várias Marias: efeitos da Lei Maria da Penha nas delegacias. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v. 27, p. 114-122, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/N9MLKxsbFTGKSZbR5Fmgmff/?lang=pt#>. Acesso em: 13 out. 2023.

SAFFIOTI, H. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, H. *A mulher na sociedade de classes: mitos e realidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1979.

SILVA, L. et al. Violência Silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface*, Botucatu, v. 11, p. 93-103, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9SG5zGMVt4VFDZtzbX97MkP/>. Acesso em: 7 out. 2023.

VRESINSKI, S. *Violência contra a Mulher: rede de atendimento e enfrentamento da capital do Rio Grande do Sul*. 2017. Bacharelado (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

A VULNERABILIDADE DAS VULNERABILIDADES

um olhar sobre meninas e mulheres em situação de rua e o cuidado no SUS em tempo pandêmico

Ana Luísa Pinho Pinto Ferreira

Angélica Baptista Silva

A partir de 2010, observa-se o aumento da População em Situação de Rua (PSR) no Brasil, estimando-se num total de 221.869 pessoas vivendo nessa situação em 2020, sendo que grande parte delas concentra-se nas grandes cidades, e é justamente nestas em que se observa uma taxa de crescimento maior (Natalino, 2020). Embora seja reconhecidamente um número expressivo, é importante ressaltar que a projeção para o total de pessoas em situação de rua no país pode estar subestimada, considerando que essa população é excluída dos grandes censos demográficos nacionais, fazendo com que as informações sobre a magnitude de suas condições de vida sejam escassas, fragmentadas e desatualizadas, impactando no monitoramento, avaliação e na tomada de decisão de intervenções específicas (Engstrom *et al.*, 2019). Ao considerar dados municipais, pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2020, aponta um número total de 7.272 pessoas vivendo em situação de rua, sendo a maioria do sexo masculino (81%), com maior concentração na região do centro da cidade.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua considera essa população como um grupo heterogêneo que tem como características comuns a extrema pobreza e os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, que utilizam vias públicas como espaço de moradia e sustento, bem como os estabelecimentos de acolhimento (como abrigos) para pernoite ou moradias provisórias (Brasil, 2009).

Ainda que as mulheres e meninas em situação de rua representem a minoria dessa população, considerando as múltiplas vulnerabilidades vividas, sua condição de gênero, aliada à condição de estarem vivendo nas ruas, faz com que estejam submetidas a uma superposição de opressões e desigualdades, impostas por ambas as condições inerentes à sua realidade, como a exposição constante a diversos tipos de violências (Coldibeli; Paiva; Batista, 2021).

Considerando essas especificidades e toda uma configuração de movimentos e políticas voltados para a PSR, a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR). Tais equipes desenvolvem ações em atenção primária à saúde, direcionadas aos problemas e necessidades de saúde da PSR, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às unidades básicas de saúde e, quando necessário, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de urgência e emergência e de outros pontos da rede. Podem apresentar no seu escopo de atuação as seguintes categorias profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, agentes comunitários de saúde, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico de saúde bucal (Brasil, 2011).

Embora tenham um conjunto de ações organizadas e descritas em normas e portarias pertinentes, a atuação das eCR está permeada pelas vulnerabilidades em saúde e complexidades inerentes à população-alvo do cuidado. Bodstein e demais autores (2017) apontam que as atividades exercidas pelas eCR envolvem: mapeamento dinâmico do território; ações de acolhimento, tanto na rua quanto na unidade de saúde; atendimentos individuais, incluindo a elaboração de projetos terapêuticos, respeitando as condições de vulnerabilidade dos usuários e os ciclos de vida, tais como atendimentos de saúde mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas; atividades de redução de danos; vigilância de agravos e doenças; atividades educativas e culturais; além de atividades de monitoramento que envolvem a análise da situação de saúde e social dos usuários; análise do nível de satisfação e análise da qualidade da informação registrada.

A eclosão da covid-19 – doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), decretada como pandemia em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – exigiu uma série de adaptações na vida das pessoas e das instituições em todo o mundo. Na metade do primeiro semestre de 2020, poucos meses depois dos primeiros casos identificados na China ao final de 2019, já haviam ocorrido mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes por covid-19 no mundo (Werneck; Carvalho, 2020). No Brasil, em comparação com o que ocorreu em países da Europa e Ásia, observou-se um lento processo de aumento do número de casos e óbitos, com um extenso patamar de transmissão a partir de junho de 2020, passando então a ocupar lugares de destaque entre os países do mundo com maior número de casos e mortes (Fiocruz, 2020). Desde então, a covid-19 vem trazendo inúmeros desafios e diversas repercussões na organização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, investigou-se em que medida a pandemia da covid-19 afetou as ações de cuidado em saúde das eCR no Brasil, em especial aquelas ações relacionadas ao acompanhamento do público feminino. Por ser este um dos países com maiores desigualdades sociais, colocando alguns grupos em grande desvantagem para cumprir as medidas de higienização, distanciamento físico e social, isolamento e quarentena, bem como no acesso aos serviços de saúde (Fiocruz, 2020), discorreu-se sobre as consequências da pandemia nas ações das eCR com o intuito de contribuir para o debate.

Método

Realizou-se revisão integrativa da literatura sobre a produção científica nacional com a seguinte questão: em que medida a pandemia da covid-19 afetou as ações de cuidado em saúde das eCR no Brasil, em especial aquelas ações voltadas ao cuidado das mulheres em situação de rua? A revisão é um método de pesquisa que permite a análise ampla da literatura por meio da identificação e coleta do máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, de forma a possibilitar conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, agilizando a transferência de conhecimento novo para a prática (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A busca das publicações foi realizada nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e Google em

dezembro de 2021. Como estratégia de busca, foram considerados os trabalhos que apresentaram no título, no resumo ou nas palavras-chave os seguintes descritores: “Pessoas em situação de rua”; “Infecções por coronavírus”; “Covid-19”; “Consultório na rua”; de forma a alcançar o maior número de publicações referentes ao tema. Foram selecionados estudos publicados nos últimos três anos (2019 a 2021), com texto completo e idioma português. A busca e organização das publicações teve como base o método Prisma, acrônimo de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, adaptado para diferenciadas revisões de literatura com o objetivo de garantir a transparência e a reprodução dos componentes da pesquisa, incluindo informações detalhadas do registro do estudo (Rethlefsen *et al.*, 2021).

Como critério de inclusão, foram considerados estudos que abordassem as diferentes práticas de saúde que compõem a rotina de trabalho das eCR, no contexto da pandemia da covid-19. Como critérios de exclusão, definiram-se os estudos que se referiam às práticas de trabalho, porém sem abordar a pandemia da covid-19, ou aqueles que tratassem apenas das especificidades da população em situação de rua, sem referência direta ao trabalho das eCR.

As publicações selecionadas foram organizadas a partir dos seguintes elementos: palavras-chave, título, base de dados pesquisada, mês e ano de publicação, região do país em que o estudo foi realizado, tipo de publicação, periódico de publicação e resumo. Tais elementos foram sistematizados de forma a permitir a caracterização da produção selecionada. Literatura cinza, como notas técnicas e relatórios, foi considerada. Realizou-se estudo criterioso dos textos, que objetivou sinalizar as questões mais frequentes relacionadas ao impacto da pandemia da covid-19 nas práticas de trabalho das eCR.

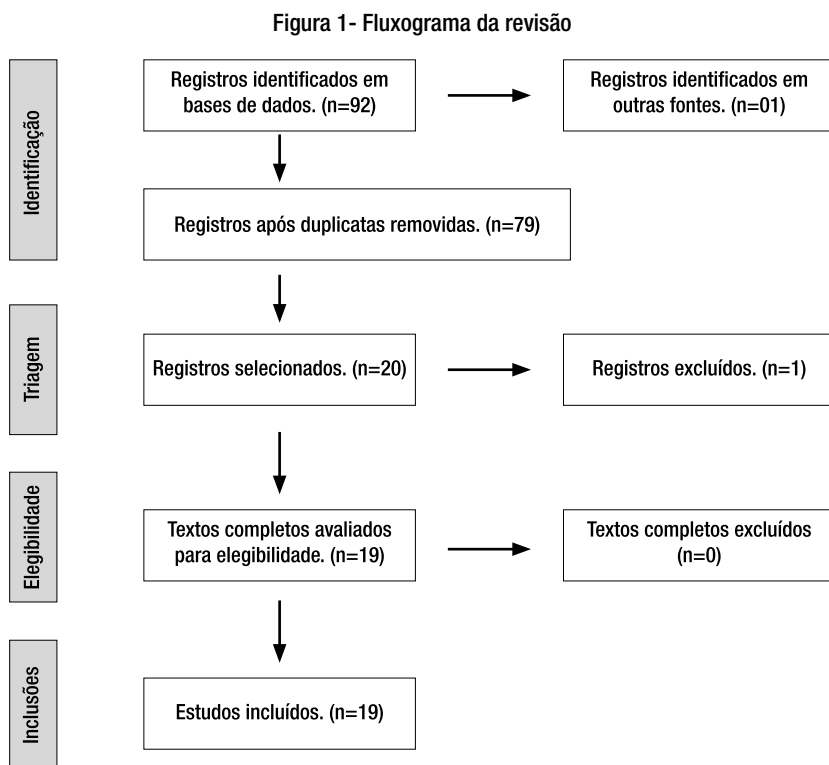
Nessa lógica, são consideradas aquelas ações relacionadas ao escopo de trabalho das eCR, designadas na Portaria nº 122/2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das eCR, e ainda ações relacionadas na literatura. O conjunto de questões encontradas nas publicações originou três categorias analíticas:

- 1. ações intensificadas;
- 2. ações novas ou adaptadas;
- 3. ações reduzidas ou suprimidas.

Nessa perspectiva, as categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos a partir de características comuns (Bardin, 2011).

Resultados

A síntese dos resultados obtidos nas etapas de seleção é apresentada com aplicação do Prisma (Figura 1).



Fonte: elaborada pelas autoras com base em Rethlefsen e demais autores (2021).

Na busca inicial, foram identificadas 93 publicações. Após exclusão de duplicatas, permaneceram 79. Houve leitura dos resumos, e considerando apenas os textos completos para elegibilidade, sobraram 20 publicações. Ao final do processo, com avaliação dos textos completos considerados aptos dentro da questão norteadora da pesquisa, permaneceram 19 documentos. A maioria dos textos excluídos não tratava especificamente das práticas das eCR no contexto da covid-19.

A caracterização geral das publicações foi sintetizada, descrevendo a base de dados, autor principal, periódico, tipo, semestre e ano de publicação do estudo e a região onde foi realizado (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização geral dos estudos

Base de dados	Autor principal	Periódico ou instituição	Tipo	Semestre/ano	Região do estudo
BVS	Secretaria da Saúde de Santa Catarina	Santa Catarina, governo estadual	Nota técnica	1º/2020	Sul
	Silva, Tatiana Dias	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)	Boletim	1º/2021	Nordeste e Sudeste
	Brito, Claudia	Revista Brasileira de Enfermagem	Artigo	1º/2021	Sudeste
	Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul, governo estadual	Nota técnica	ND/2020	Sul
	Secretaria da Saúde da Bahia	Bahia, governo estadual	Nota técnica	1º/2020	Nordeste
	Organizadores	Brasília	Plano de intervenção	2º/2020	ND
	Silva, Tatiana Dias	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)	Nota técnica	2º/2020	ND
	Ministério da Saúde do Brasil (MS)	Brasília, governo federal	Nota técnica	1º/2020	ND
	Ministério da Saúde do Brasil (MS)	Brasília, governo federal	Manual	1º/2020	ND
	Hermes, Candido de Paula	Revista Brasileira de Enfermagem	Artigo	2º/2020	Sudeste
Google Acadêmico	Andrade, Henrique Sater de	APS em Revista	Artigo	2º/2021	ND
	Nascimento, Kassiane Florido	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	TCC	ND/2021	Sul
	Campos, Ana Carolina de Freitas	Revista Serviço Social em Perspectiva	Artigo	1º/2021	Sudeste
	Silva, Gilson Fernandes da	Revista Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo	Artigo	2º/2020	Sul
	Reinaldo, Amanda Márcia dos Santos	Ed. ABEN	Artigo	ND/2020	
	Melo, Bernardo Dolabella	Fiocruz/Cepedes	Manual	ND/2021	ND
	Aguiar, Claudine Carneiro	Revista SANARE	Artigo	2º/2020	Nordeste
	Licati, Paula Martins	Revista Enfermagem Brasil	Artigo	1º/2021	ND
Outras fontes	Ramponi, Kenny Paolo	Ed. ABEN	Artigo	ND/2020	ND

*Os campos sinalizados como ND correspondem a informações não disponíveis nos respectivos estudos.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Quanto ao recorte temporal, das 19 publicações selecionadas, 63,1% foram publicadas no ano de 2020 (n=12). Destas, quatro ainda no primeiro semestre do ano, e todas relacionadas a normas técnicas ou manual orientador sobre o trabalho das eCR no contexto da pandemia da covid-19. Com relação às publicações do segundo semestre de 2020, três trabalhos já correspondiam a artigos que traziam experiências das equipes no contexto da pandemia. Em 2021, foram encontradas sete publicações, sendo quatro artigos, um trabalho de conclusão de residência, um capítulo de *e-book* e um manual orientador.

Evidenciaram-se quatro publicações que tiveram o Sudeste como região do país onde o estudo foi realizado, tendo como campo experiências municipais das capitais dos estados do Rio de Janeiro (n=2), São Paulo (n=1) e Minas Gerais (n=1). Assim como na Região Sul, também com quatro publicações encontradas, sendo uma delas da cidade de Cascavel no Paraná, abrangendo experiências fora da capital do estado. Com relação às demais regiões, identificaram-se três publicações do Nordeste, sendo uma delas da Bahia e outra do município de Sobral no Ceará. Em oito publicações, não foi possível obter essa informação, considerando que o estudo não apontava um local ou uma região específica de análise, tratando-se de estudos de revisão de literatura ou documentos técnicos de orientação nacional.

Com relação à caracterização das publicações a partir das categorias de análise selecionadas – ações intensificadas; novas ou adaptadas e as ações reduzidas ou suprimidas –, das 19 publicações, todas descrevem ações que foram intensificadas durante a pandemia, tal como orientações de medidas de prevenção que aparecem como ação mais recorrente nessa categoria.

Dezesseis publicações apresentam ações novas ou que foram adaptadas na rotina de trabalho das equipes, tais como a distribuição de insumos de higiene específicos para evitar a transmissão da covid-19, e apenas duas publicações referem-se a ações reduzidas ou suprimidas durante a pandemia. Apresenta-se assim uma síntese das ações identificadas a partir das categorias de análise (Quadro 2). Cabe destacar a ausência de ações voltadas a grupos específicos, considerando a intersecção das múltiplas vulnerabilidades inerentes à população, como as meninas e mulheres que vivem em situação de rua.

Quadro 2 - Ações das eCR citadas nas publicações, a partir das categorias de análise selecionadas

Categorias de análise	Descrição das ações
Ações das eCR intensificadas	- Orientações das medidas de prevenção contra a covid-19 para a PSR nos espaços voltados ao acolhimento e abrigamento e na rua; - Reforço de higienização e limpeza dos serviços; - Utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) nos atendimentos; - Aplicação de vacina contra a influenza; - Acompanhamento de usuários em grupos de risco (comorbidades e condições clínicas pré-existentes); - Avaliação de sinais e sintomas característicos da covid-19 nos espaços voltados ao acolhimento e abrigamento da PSR e na rua; - Busca ativa de sintomáticos; - Encaminhamento para realização de testes diagnóstico; - Acolhimento de casos suspeitos; - Monitorização de sinais vitais; - Articulação com os serviços de saúde e acolhimento, além dos demais equipamentos de apoio do território; - Discussão de casos; - Encaminhamento e acompanhamento do usuário aos serviços de abrigamentos para casos confirmados e/ou urgência e emergência; - Ações de redução de danos; - Manejo de situações de conflito e convivência.
Ações das eCR novas ou adaptadas	- Distribuição de insumos de higiene específicos para evitar a transmissão da covid-19; - Distribuição de água potável e alimentos; - Reorganização do espaço físico das unidades; - Capacitações para profissionais da rede de apoio; - Prestar atendimento sem condicionar à apresentação de documentos; - Apoio no cadastro <i>on-line</i> para solicitação do auxílio emergencial; - Preencher a ficha de notificação para casos de covid-19; - Utilização de plataformas digitais para acompanhamento e atendimento dos usuários abrigados.
Ações das eCR reduzidas ou suprimidas	- Idas aos territórios e gestos de contato com a PSR; - Transporte da PSR nos encaminhamentos; - Atividades coletivas e culturais.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Discussão

Pediatras de todo mundo consideram que essa pandemia ampliou a vulnerabilidade das famílias inseguras e desabrigadas nas ruas. Aconselham aos profissionais de saúde a investigarem como as políticas locais e estaduais estão afetando essas famílias. Entre as sugestões apontadas para lidar com famílias em situação de rua, destaca-se a formação de coalizão com organizações comunitárias e especialistas em assuntos governamentais, a comunicação formal a legisladores para expressar suas preocupações, oferecendo a experiência do serviço de saúde de atendimento direto

como um recurso especializado para novas políticas serem elaboradas (Coughlin; Sandel; Stewart, 2020).

Com relação aos resultados encontrados, cabe tratar da quantidade de estudos por região do Brasil, com predominância de estudos relacionados às capitais dos estados. Segundo Silva *et al.* (2020), cerca de 73% da PSR estaria concentrada no Sudeste (56,2%) e Nordeste (17,2%); essa proporção é acompanhada pelo número de publicações que referem as Regiões Sudeste e Nordeste como campos de estudo para a temática investigada, encontradas nessa revisão.

A covid-19 apresentou aos sistemas de saúde a necessidade de formulação de ações emergenciais e a reorganização das práticas assistenciais. No Brasil, país de dimensões continentais e bem heterogêneo, há que se considerar ainda as grandes desigualdades sociais que dificultam o cumprimento de medidas preventivas por certos grupos populacionais, além das dificuldades já existentes no acesso aos serviços de saúde, incluindo exames diagnósticos, tratamento e reabilitação (Schmidt *et al.*, 2021). Entre tais grupos sociais, destaca-se a PSR.

Como grupo de ações governamentais voltadas ao cuidado da PSR durante a pandemia destacam-se recomendações e ações de diferentes setores, tais como: a criação de centros de acolhimento e abrigamento temporários – como em municípios onde a PSR foi convidada a se mudar para hotéis alugados pelo governo com garantia de alimentação e alojamento desde que se comprometesse a cumprir o isolamento social –; provisão de materiais e equipamentos de proteção individual; instalação de equipamentos em vias públicas voltados à higiene pessoal; criação e ampliação do horário de funcionamento de restaurantes populares; implementação de renda básica emergencial; ampliação do horário de funcionamento de serviços específicos (saúde e assistência social) e agenda de diálogos intersetoriais. Há que se considerar a importância da revisão e flexibilização das exigências para estar nos abrigos, como o gerenciamento de uso de álcool e outras drogas e a entrada e permanência de animais de estimação e carrinhos de reciclagem, de modo a configurar como um espaço acolhedor e inclusivo, facilitando o processo de adesão da PSR. É essencial notar ainda que os centros de acolhimento e abrigamento devem estar para além da região central da cidade, de forma a assistir outras regionais da cidade (Aguilar *et al.*, 2021; Brito *et al.*, 2020; Campos; Resende, 2021; Santos, 2021).

Tomando como ponto de partida as múltiplas vulnerabilidades em saúde e processos de exclusão vividos por essa população e que se tornam mais evidenciados num contexto de pandemia, as práticas de trabalho das eCR também estão

permeadas por essas complexidades. Dentre as ações encontradas que foram intensificadas durante a pandemia destacam-se as orientações das medidas de prevenção contra a covid-19, como o distanciamento e isolamento social, etiqueta respiratória (manobras que evitam a disseminação de pequenas gotículas oriundas do aparelho respiratório) e higienização das mãos e utensílios. Tais ações caracterizam-se como desafios importantes para o cotidiano das eCR, pois estão distantes da realidade da população-alvo do cuidado. O isolamento social incide de forma incisiva sobre essa população, o funcionamento reduzido dos restaurantes e a diminuição da circulação de pessoas na rua prejudica o suprimento das necessidades básicas, além de agudizar o sentimento de solidão e desamparo (Silva *et al.*, 2021). Para além, a rua tem um significado de liberdade para essas pessoas, de viver do jeito que gosta, de ocupar os espaços públicos, transitando, dormindo e se relacionando com os seus pares, o que vem a ser mais um dificultador na indução de medidas de isolamento (Aguiar *et al.*, 2021). As orientações relacionadas à etiqueta respiratória precisam se adequar também à realidade dessa população. Por exemplo, destaca-se a menção em um dos estudos sobre a frequente utilização de chupetas, salientando a necessidade de orientar quanto a limpeza e não compartilhamento desse objeto tão pouco mencionado nas diretrizes oficiais de enfrentamento da covid-19 (Brito *et al.*, 2020).

Outra ação que mereceu reforço foi a necessidade de acompanhamento de usuários com comorbidades e condições pré-existentes. Usuários com problemas de saúde em tratamento relacionados às doenças infectocontagiosas (como a tuberculose), doenças respiratórias, dependência química, além de sintomas de depressão, transtorno de ansiedade, pânico e paranoia necessitam de ações de vigilância constantes devido ao risco de maior adoecimento e agravamento da covid-19 (Brito *et al.*, 2020). Afora, parcela dessa população, como as mulheres gestantes, idosas, negras, imigrantes ou população LGBTQIAPN¹, carece de acompanhamento prioritário, considerando que estão suscetíveis a dificuldades para além daquelas já enfrentadas por sua condição de viver nas ruas.

Nesse sentido, ações voltadas a grupos específicos, considerando as múltiplas vulnerabilidades inerentes à PSR, merecem destaque. Embora minoria dessa população, meninas e mulheres em situação de rua trazem consigo histórico de violências

1 LGBTQIAPN+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais/Aromânticos/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticos, Não Binários e muito mais.

(como sexuais e domésticas, por exemplo) e sofrem com a invisibilidade, inerente a essa população. Os profissionais das equipes de saúde devem reconhecer que a vida na rua expõe as mulheres a riscos que requerem abordagens específicas. O alto grau de vulnerabilidade por estar na rua se torna ainda maior pela sua condição de gênero, onde estão propensas a violências físicas, psicológicas, abusos sexuais, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e gravidez não planejada e/ou inde-sejada (Brasil, 2012). Ao considerar as gestações, grande parte delas são tratadas como de alto risco, devido à vulnerabilidade de viver na rua, além do uso de drogas e outras doenças, como anemia, sífilis gestacional, HIV e hepatite. Nessas condições, o mapeamento das vulnerabilidades do território das eCR deve fazer parte do cotidiano, sendo um dos instrumentos que podem orientar as ações de vigilância em saúde para grupos específicos dentro da PSR.

Ações integradas com os serviços de saúde e demais equipamentos da rede de apoio também merecem destaque. Tais ações são frequentes nas atividades que permeiam o cotidiano de trabalho das eCR, até mesmo pela complexidade inerente à população atendida, e se intensificam como ações relevantes durante a pandemia. Evidenciou-se a institucionalização de grupos de trabalho intrasetoriais para planejamento das ações de prevenção e atenção para os casos de covid-19 considerados suspeitos ou confirmados na PSR, com a presença de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (Silva *et al.*, 2021). Importante pontuar ainda a incidência de demais parceiros do território, como o trabalho conjunto com Organizações Não Governamentais (ONGs), comerciantes locais, igrejas, escolas nas ações de distribuição de alimentos, *kits* de higiene e orientações. Para além de pactuações locais, para que a intra e intersectorialidade se fortaleçam como medidas efetivas no âmbito das equipes, deve haver uma real compreensão da importância dessas medidas na agenda política, com a criação e fortalecimento dos pontos de conexão entre as áreas envolvidas (secretarias de saúde, direitos humanos, habitação, assistência social e sociedade civil), estabelecimento, na prática, de fluxos e rotinas, além do mapeamento e implementação dos instrumentos e ferramentas necessários à gestão compartilhada (Bronzo, 2010).

Devido às especificidades decorrentes da forma de transmissão da covid-19, além do próprio desconhecimento inicial dos sinais e sintomas e do que pode levar ao agravamento da doença, de acordo com os resultados encontrados, algumas

ações das eCR precisaram ser adaptadas ou formuladas. Dentre elas destacam-se a distribuição de materiais pertinentes, como insumos de higiene específicos, água potável e alimentos. Sabe-se que esses recursos se configuram como grandes desafios à PSR, considerando a necessidade de seguir protocolos sanitários num cenário de carência de insumos básicos de higiene e acesso à água tratada; além da diminuição de circulação de pessoas nas ruas e o fechamento de estabelecimentos comerciais que dificultam o acesso à alimentação (Ramponi *et al.*, 2020). Nesse sentido, embora os protocolos elaborados para o cuidado à PSR durante a pandemia normatizem a atuação das equipes, é muito importante a flexibilidade no atendimento, ampliação do diálogo social, humanização das ações e cuidados, e, se necessário, realizar manutenção e mudanças nas medidas emergenciais para que possam suprir as especificidades que essa população demanda (Licati *et al.*, 2021).

Embora a ausência de documentos, como o Cartão Nacional do SUS (CNS), e a comprovação de endereço não configurem como impeditivos de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2011), ações como prestar atendimento sem condicionar à apresentação de documentos foram reportadas nas publicações encontradas. Até 2011, a ausência de endereço constituía-se em impeditivo para emissão do CNS, o que contribuía como barreira de acesso ao sistema de saúde. Contudo, observam-se ainda, em muitos municípios, dificuldades de acesso aos serviços, atribuídas ao desconhecimento da rede sobre a liberação do atendimento sem o CNS ou mesmo pela falta de documentação individual (Miranda, 2017).

Outras ações que merecem destaque como novas proposituras advindas com a pandemia foram a utilização de ferramentas tecnológicas para atividades comuns das eCR, como apoio no cadastro para solicitação do auxílio emergencial e a utilização de plataformas digitais para acompanhamento e atendimento dos usuários abrigados. O uso de Tecnologias de Informação e Telecomunicação (TICs) são passíveis para o campo da promoção, assistência e educação em saúde, onde o recurso bidirecional de vídeo e áudio pode ser um facilitador nas interações entre profissional de saúde e paciente. Conforme salientam Caetano e demais autores (2020), o escopo amplo e a flexibilidade das tecnologias digitais, ajustando-se às necessidades em saúde de cada contexto, podem propiciar soluções inovadoras de prestação de serviços de saúde, dada a sua capacidade de diminuir a circulação de indivíduos em estabelecimentos de saúde, reduzir o risco de contaminação de pessoas e a propagação da doença, estreitando as relações e facilitando a comunicação. Contudo, o que se observa como grande desafio à incorporação dessas inovações

é a insuficiência em investimentos de infraestrutura, dificuldades na garantia de padrões de interoperabilidade, incorporação de sistemas e insuficiência e incapacidade de recursos humanos para tal. Ademais, é importante nesse processo não perder de vista as vulnerabilidades em saúde características da PSR, que demandam atenção e cuidado específicos.

Evidencia-se a necessidade de fortalecimento constante do vínculo com a população, pautado em muita conversa e diálogo. Nesse sentido, a pandemia traz como grande desafio a sensibilização contínua de uma população extremamente vulnerável, porém atentando às medidas de prevenção necessárias (Ramponi *et al.*, 2020). Tal fato exige uma comunicação permanente e fluida também entre os trabalhadores de saúde, durante todo o período de desenvolvimento das ações. Schmidt e demais autores (2021) salientam que grupos populacionais expostos a múltiplos fatores de risco merecem especial cuidado, principalmente num agravamento de cenário, como é o caso da covid-19, pois as condições e medidas de enfrentamento estabelecidas podem induzir problemas relacionados à saúde mental e atenção psicossocial, demandando intervenções direcionadas das equipes de cuidado.

Conclusão

As condições de vulnerabilidades, estigmas e exclusão social vivenciadas por meninas e mulheres em situação de rua, por si só, já representam um grande desafio para a atuação das eCR, situação intensificada pela pandemia. Essa revisão pôde constatar que, assim como em grande parte dos serviços de saúde, no Brasil ou no mundo, as ações das eCR sofreram mudanças, sejam relacionadas à frequência com que ocorreram ou até mesmo à adequação ou supressão de algumas à nova realidade imposta pela covid-19.

Ações de prevenção relacionadas à higienização e distanciamento físico e social precisam estar acompanhadas de medidas governamentais que envolvam recursos de proteção social (como, por exemplo, a criação e adequação de centros de acolhimento, provisão de materiais e insumos, instalação de equipamentos em vias públicas voltados à higiene pessoal, criação e ampliação de restaurantes populares, renda básica emergencial), além de estarem adequadas à realidade da PSR, considerando suas especificidades, com flexibilidade e humanização do cuidado. Para além, as políticas de saúde precisam considerar a intersecção das múltiplas vulnerabilidades que permeiam a PSR. Ações voltadas à abordagem das questões de saúde

de grupos específicos, como a população feminina e LGBTQIAPN+ em situação de rua, devem ser consideradas, principalmente em momentos pandêmicos.

Ações que dificultam o acesso aos serviços de saúde, como a recusa em oferecer atendimento pelo não reconhecimento do nome social, ausência de documentação ou domicílio cadastrado, precisam ser alvo de readequação por parte das equipes, considerando que essas barreiras trazem consequências graves no cuidado à PSR, principalmente em contextos pandêmicos. Embora represente um desafio diário, o fortalecimento do vínculo com a população por meio de um trabalho permanente de comunicação deve ser o orientador das ações das eCR. Para isso, verificou-se que a instituição de ferramentas tecnológicas surgiu como uma ação inovadora nos espaços de cuidado.

Discorrer sobre a atuação das eCR no contexto da covid-19 contribui para o debate em torno das dificuldades enfrentadas por essas equipes, intensificadas pelo cenário pandêmico, e afirma a importância desse trabalho no cuidado de saúde das populações vulneráveis, conferindo visibilidade à PSR.

Como limitação do estudo, destaca-se o baixo número de publicações disponíveis, o que restringe uma discussão mais ampla sobre a temática pesquisada. Além disso, esse estudo não se propôs a fazer uma discussão qualitativa das ações identificadas. No entanto, os achados são considerados pertinentes, pois refletem lacunas na produção científica sobre o trabalho das eCR e visam suscitar estratégias governamentais, para além de ações emergenciais, que envolvam o fortalecimento de medidas de proteção social em prol da garantia de direitos, da equidade e da integralidade do cuidado da população em situação de rua.

Referências

AGUIAR, C. C. *et al.* Atenção às pessoas em situação de rua, em Sobral-CE, durante a pandemia da COVID-19. *Sanara: revista de políticas públicas*, Sobral, v. 20, n. 1, p. 100-108, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i0.1511>. Acesso em: 9 dez. 2021.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedina, 2011.

BODSTEIN, R. *et al.* *Produzindo saúde nas ruas: o trabalho das equipes de consultório na rua: pesquisa de avaliação das práticas das equipes de consultório na rua na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Políticas Públicas: Fiocruz, 2017.

Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26704>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 jan. 2011.

BRASIL. Portaria nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 2009.

BRASIL. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 28 abr. 2011.

BRITO, C. *et al.* Modo de vida da população em situação de rua como potencializador do cuidado de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0832>. Acesso em: 21 jun. 2021.

BRONZO, C. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. *Planejamento e Política Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, p. 119-159, 2010. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/200/194>. Acesso em: 15 out. 2021.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. Acesso em: 16 jul. 2021.

CAMPOS, A. C. F.; RESENDE, A. S. A. R. Consultório na Rua de Belo Horizonte e os desafios enfrentados na pandemia da Covid-19. *Serviço Social em Perspectiva*, Montes Claros, v. 5, n. 1, p. 151-160, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.46551/rssp.202110>. Acesso em: 9 dez. 2021.

COLDIBELI, L. P.; PAIVA, F. S. de; BATISTA, C. B. Gênero, pobreza e saúde: revisão sistêmica sobre a saúde de mulheres em situação de rua. *Textos contextos*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/biblio-1248138>. Acesso em: 9 dez. 2021.

COUGHLIN, C. G.; SANDEL, M.; STEWART, A. M. Homelessness, Children, and Covid-19: a looming crisis. *Pediatrics*, [s. l.], v. 146, n. 2, p. 7-9, 2020.

ENGSTROM, E. M. *et al.* A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 7, p. 50-61, 2019. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019001200050&lang=pt. Acesso em: 25 set. 2020.

FIOCRUZ. *Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório Covid-19: após 6 meses de pandemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-observatorio-covid-19-apos-6-meses-de-pandemia-no-brasil>. Acesso em: 15 jul. 2020.

LICATI, P. M. *et al.* Atuação da equipe de enfermagem para o cuidado da população em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19. *Enfermagem Brasil*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 222-237, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v20i2.4501>. Acesso em: 9 dez. 2021.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 15 maio 2021.

MIRANDA, F. A. *Direito à saúde para a população em situação de rua de Salvador: cartão SUS e Pop Rua*. Salvador: [s. n.], 2017.

NATALINO, M. A. C. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil*. Brasília, DF: Ipea, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35812. Acesso em: 30 mar. 2021.

RAMPONI, K. P. *et al.* Assistência à população em situação de rua durante a pandemia: o programa Consultório na Rua. In: ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M. G. B. (org.). *Enfermagem em saúde mental e Covid-19*. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. p. 51-55. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e04.c07>. Acesso em: 21 jun. 2021.

RETHLEFSEN, M. L. *et al.* PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. *Systematic Reviews*, [Hoboken], v. 10, p. 5-15, 2021. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-020-01542-z>. Acesso em: 6 fev. 2021.

RIO DE JANEIRO. *Números do Censo da População em Situação de Rua*. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.data.rio/datasets/072556c5be3344e1aaf973354b93d566>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SANTOS, B. S. *O futuro começa agora: da pandemia à utopia*. São Paulo: Boitempo, 2021.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde Mental e Atenção Psicossocial a Grupos Populacionais Vulneráveis por Processos de Exclusão Social na Pandemia de Covid-19. In: MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P. (org.). *Os impactos sociais da covid-19 no Brasil: populações*

vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 87-97. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0007>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SILVA, A. B. *et al.* COVID-19 Remote Consultation Services and Population in Health Inequity-Concentrating Territories: a scoping review. *Telemedicine and e-Health*, New York, v. 27, n. 8, p. 881-897, 2021. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2021.0145>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SILVA, T. D.; NATALINO, M.; PINHEIRO, M. B. *Nota técnica no 74: População em situação de rua em tempo de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergências*. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35809. Acesso em: 15 maio 2021.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Acesso em: 21 jun. 2021.

CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL EM ADOLESCENTES NOTIFICADAS NO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS, 2009-2017

Michele de Oliveira Soares

Rita de Cássia Vasconcelos da Costa

Vania Reis Girianelli

A violência torna-se um problema de saúde pública a partir da década de 1990 devido ao reconhecimento do impacto que esse agravo ocasiona na saúde individual e coletiva (Minayo, 2006). A violência interpessoal envolve agressões físicas, sexuais e emocionais que encobrem uma relação desigual de poder em que as crianças e adolescentes são as mais vulneráveis. A violência interpessoal está entre as principais causas de morte de adolescentes na América Latina e no Caribe, e o Brasil é um dos cinco países que apresenta as maiores taxas de homicídio entre adolescentes. Nos países de baixa e média renda da América, representa 22,6% das causas de morte na adolescência (Organização Mundial da Saúde, 2018).

A adolescência é uma fase especial do desenvolvimento humano, período que envolve maturação física e psíquica, e de gradativa incorporação de papéis sociais do mundo adulto. É nesse grupo que as manifestações da violência provocam mais

impacto, pois abrevia a expectativa de vida, reduz o potencial produtivo da população e compromete qualquer projeto de qualidade de vida (Brasil, 2017a).

O Brasil foi o primeiro país a adequar a sua legislação aos princípios aprovados pela Convenção sobre os Direitos da Criança em 1989, instituindo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990). Esse estatuto posteriormente foi alterado, estabelecendo a proteção da criança e do adolescente contra qualquer forma de maus-tratos, e determina penalidades para os que os praticam e os que não os denunciam (Brasil, 2014a).

Em 1995, o município do Rio de Janeiro criou a ficha de notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, e posteriormente o estado do Rio de Janeiro torna a ficha de notificação compulsória, e é seguido pelo estado de São Paulo (Brasil, 2002). Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) estabelece que os profissionais das instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) devem notificar ao Conselho Tutelar todo caso suspeito ou confirmado de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por eles atendidos (Brasil, 2001).

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), no entanto, só foi implantado em 2006 (Brasil, 2009). Esse sistema visa conhecer a magnitude desse agravo e propor políticas públicas de enfrentamento e inclui a vigilância de outras populações vulneráveis, bem como tentativa de suicídio. O sistema é composto da vigilância contínua, referente à notificação de rotina, e a vigilância sentinela, por meio de pesquisa por amostragem em serviços de urgência e emergência. Em 2009, a notificação foi inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), mas de forma gradual, conforme a adesão dos estados e municípios (Brasil, 2016). Esse agravo, entretanto, só foi incluído na lista nacional de notificação compulsória em 2011 (Brasil, 2011). Posteriormente, as notificações de violência sexual e de tentativa de suicídio passaram a ser de notificação imediata, visando garantir o acesso às medidas de prevenção e assistência em tempo oportuno (Brasil, 2014b).

A notificação é uma dimensão da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (Brasil, 2010). A análise das notificações contribui para dar visibilidade à magnitude da violência interpessoal e é fundamental para subsidiar o planejamento e a execução de políticas públicas para o seu enfrentamento.

Este capítulo apresenta o resultado de estudo transversal descritivo, que estimou a tendência temporal da violência interpessoal vivenciada por adolescentes entre

10 e 19 anos, conforme classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 1986), notificada no município de Angra dos Reis, do estado do Rio de Janeiro, no período de 2009 a 2017. Adicionalmente, também comparou as características registradas por grupo etário (10 a 14 anos e 15 a 19 anos) e sexo.

O município de Angra dos Reis localiza-se no sul do estado do Rio de Janeiro e compõe a região de saúde da Baía da Ilha Grande (BIG), fazendo parte também os municípios de Paraty e Mangaratiba. Angra dos Reis tem 365 ilhas, mata atlântica, usina nuclear e somada a toda essa diversidade, população indígena e quilombola (povos e comunidades tradicionais). O município está dividido em cinco distritos sanitários: Centro, Japuíba, Jacuecanga, Frade/Perequê e Ilhas (Angra dos Reis, 2017). A população estava estimada em 194.619 habitantes, sendo 17,9% adolescentes em 2010. O município apresentava Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado (0,724) e alto percentual de escolaridade na população de 6 a 14 anos (96,4%) (IBGE, 2023).

Os dados foram extraídos das fichas de notificação de violências do município de Angra dos Reis, que dispõem das seguintes variáveis:

- características demográficas, socioeconômicas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade, ocupação e situação conjugal) e presença de deficiência e gravidez dos adolescentes;
- características da violência: tipo de violência (física, psicológica, sexual, patrimonial, negligência, moral e institucional), motivação da violência (sexismo, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, homofobia etc.), meio ou instrumento utilizado, frequência, local da ocorrência, partes do corpo mais agredidas e formas da agressão;
- características do agressor: sexo, idade e sua relação com a vítima;
- assistência realizada: procedimentos realizados e encaminhamentos para outros setores e instituições.

O percentual de cada categoria das variáveis estudadas foi calculado e o teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os estratos (faixa etária e sexo). A tendência temporal foi avaliada por regressão linear simples, tendo como variável independente o ano da notificação e como variável dependente o quantitativo de notificações, e

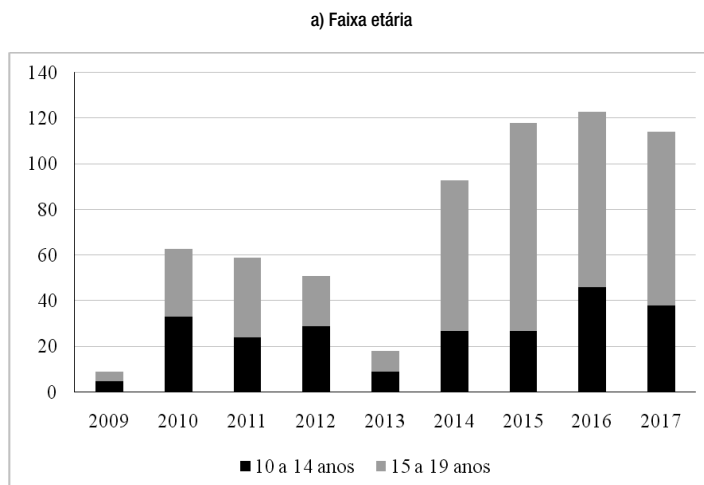
também estratificado por grupo etário e sexo. O aumento ou declínio foi analisado com base no coeficiente de regressão (β) e respectiva significância estatística ($p \leq 0,05$). Os dados foram armazenados no programa Excel, versão 2013, e analisados no programa estatístico R versão 3.4.3.

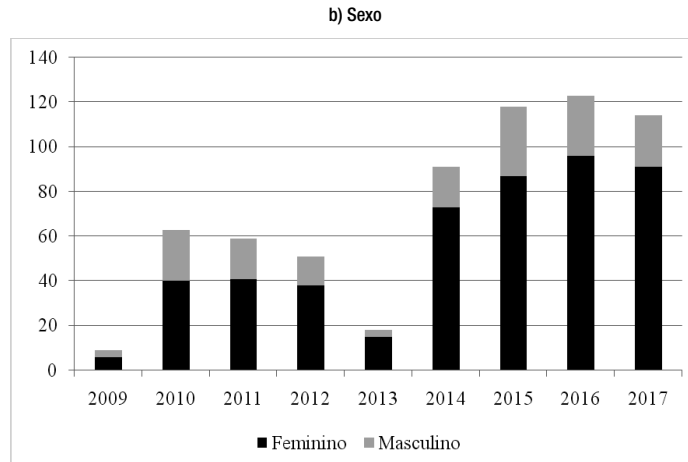
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (número 2.879.283 e CAAE 96008718.1.0000.5240).

Foram registradas 483 notificações de violência interpessoal em adolescentes no município de Angra dos Reis no período analisado. A notificação teve um aumento estatisticamente significativo desde sua implantação em 2009 ($\beta = 9,21$; $p = 0,012$), sendo mais expressivo para o grupo etário de 15 a 19 anos ($\beta = 7,25$; $p = 0,004$) e para sexo feminino ($\beta = 7,77$; $p = 0,007$) (Figura 1).

Houve, contudo, um incremento a partir do ano de 2014, quando a Secretaria de Saúde de Angra dos Reis implantou o Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, fortalecendo ações como visitas às unidades notificadoras para capacitação dos profissionais de saúde, bem como qualificação do preenchimento da ficha de notificação (Angra dos Reis, 2017).

Figura 1 - Notificações de violência interpessoal de adolescentes por faixa etária(a) e sexo(b), em Angra dos Reis-RJ, 2009-2017





Fonte: elaborada pelas autoras.

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas dos adolescentes. A Grande Japuiba foi o distrito que mais notificou (36,4%), seguido do Perequê (25,9%). As adolescentes apareceram como as principais vítimas de violência (75,4%), principalmente as de 15 a 19 anos (63,1%), em conformidade com outros estudos, constatando que apenas pela condição do gênero estão propensas a atos contra sua integridade física e psicológica (Brasil, 2009, 2017b, 2017c; Cesar *et al.*, 2017).

Tabela 1 - Características de adolescentes vítimas de violência interpessoal por faixa etária notificadas em Angra dos Reis-RJ, no período 2009-2017

Características	Total		10 a 14 anos		15 a 19 anos		Feminino		Masculino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Raça/cor										
Branca	56	11,6	22	12,4	34	11,1	43	11,8	13	10,9
Preta	14	2,9	7	3,9	7	2,3	7	1,9	7	5,9
Amarela	2	0,4	0	0,0	2	0,7	1	0,3	1	0,8
Parda	47	9,7	21	11,8	26	8,5	37	10,2	10	8,4
Indígena	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,8
Ignorado	363	75,2	128	71,9	235	77,0	276	75,8	87	73,1

Características	Total		10 a 14 anos		15 a 19 anos		Feminino		Masculino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Escolaridade										
Anos iniciais do EFI	10	2,1	4	2,2	6	2,0	6	1,6	4	3,4
Anos iniciais do EFC	1	0,2	0	0,0	1	0,3	1	0,3	0	0,0
Anos finais do EFI	28	5,8	17	9,6	11	3,6	21	5,8	7	5,9
Ensino FC	6	1,2	2	1,1	4	1,3	5	1,4	1	0,8
Ensino MI	14	2,9	1	0,6	13	4,3	12	3,3	2	1,7
Ensino MC	4	0,8	0	0,0	4	1,3	3	0,8	1	0,8
Ignorado	420	87,0	154	86,5	266	87,2	316	86,8	104	87,4
Distrito de residência										
Centro (1º)	83	17,2	26	14,6	57	18,7	62	17,0	21	17,6
Grande Japuipa (2º)	176	36,4	53	29,8	123	40,3	131	36,0	45	37,8
Jacuecanga (3º)	61	12,6	28	15,7	33	10,8	47	12,9	14	11,8
Perequê/Frade (4º)	125	25,9	54	30,3	71	23,3	100	27,5	25	21,0
Ilhas (5º)	12	2,5	8	4,5	4	1,3	6	1,6	6	5,0
Outro município	10	2,1	2	1,1	8	2,6	8	2,2	2	1,7
Ignorado	16	3,3	7	3,9	9	3,0	10	2,7	6	5,0
Situação conjugal										
Solteiro	258	53,4	111	62,4	147	48,2	187	51,4	71	59,7
Casado/UC	31	6,4	3	1,7	28	9,2	30	8,2	1	0,8
Separado	5	1,0	1	0,6	4	1,3	4	1,1	1	0,8
Ignorado	189	39,1	63	35,4	126	41,3	143	39,3	46	38,7
Total de notificações	483	100,0	178	100,0	305	100,0	364	100,0	119	100,0

EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EFC: Ensino Fundamental Completo; FC: Fundamental Completo; MI: Médio Incompleto; MC: Médio Completo; UC: União Consensual.

Fonte: elaborada pelas autoras.

Um total de 31 adolescentes era casado ou em união estável (6,4%), sendo apenas um do sexo masculino e com 19 anos, e três menores de 15 anos. Além disso, cinco adolescentes já eram separadas (1,0%). Destacam-se que 20 adolescentes tinham deficiência ou transtorno (4,1%), e destas, oito com deficiência intelectual (40,0%). Adicionalmente, dentre as mulheres que sofreram violência, seis eram gestantes (1,6%), sendo que uma tinha 12 anos e estava no primeiro trimestre de gestação.

As notificações apresentaram, no entanto, um alto percentual de informação ignorada para escolaridade (87,0%) e raça/cor (75,2%). O percentual de incompletude

dessas variáveis no país, no entanto, tem sido mais baixo; 35,9% e 17,1%, respectivamente (Brasil, 2016). A incompletude dessas variáveis também tem sido observada em outros sistemas de informação, principalmente nos sistemas com implantação mais recente. No município de São Paulo, em 2013, por exemplo, a incompletude da variável raça/cor variou de 84,3% no Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero (Siscolo) a 0,1% no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) (Galleguillos *et al.*, 2015).

A principal violência notificada foi a física (77,2%), sendo mais expressiva em maiores de 15 anos (86,6%; $p = 0,023$), mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,999$) (Tabela 2). As notificações no país, no entanto, têm identificado uma maior proporção no sexo masculino nesse grupo etário (75,6%) (Brasil, 2017c).

Tabela 2 - Tipos de violências por faixa etária e sexo notificados em Angra dos Reis-RJ, no período 2009-2017

Tipo de violência*	Total		10 a 14 anos		15 a 19 anos		Feminino		Masculino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Física	373	77,2	109	61,2	264	86,6	282	77,5	91	76,5
Psicológica/moral	84	17,4	33	18,5	51	16,7	70	19,2	14	11,8
Sexual	82	17,0	50	28,1	32	10,5	77	21,2	5	4,2
Negligência/abandono	50	10,4	29	16,3	21	6,9	25	6,9	25	21,0
Tortura	8	1,7	5	2,8	3	1,0	8	2,2	0	0,0
Tráfico de seres humanos	2	0,4	2	1,1	0	0,0	2	0,5	0	0,0
Financeira econômica	2	0,4	0	0,0	2	0,7	2	0,5	0	0,0
Trabalho infantil	2	0,4	2	1,1	0	0,0	1	0,3	1	0,8
Intervenção legal	2	0,4	0	0,0	2	0,7	0	0,0	2	1,7
Relacionada ao trabalho	2	0,4	0	0,0	2	0,7	2	0,5	0	0,0
Múltiplas violências	124	25,7	52	29,2	72	23,6	105	28,8	19	16,0
Total de notificações	483	100,0	178	100,0	305	100,0	364	100,0	119	100,0

*As categorias não são excludentes.

Fonte: elaborada pelas autoras.

A violência psicológica (17,4%) foi a segunda mais notificada, seguida da violência sexual (17,0%), que foram proporcionalmente maiores no sexo feminino (19,2%; $p < 0,001$) em consonância com o que tem sido observado em outros estudos

(Brasil, 2009, 2017b; Brasil; Justino *et al.*, 2015; Cesar *et al.*, 2017). As violências psicológica e sexual também foram predominantes em menores de 15 anos (28,1%; $p < 0,001$). Já a negligência ou abandono foi maior no sexo masculino (21,0%; $p < 0,001$). Em nenhuma das violências relacionadas ao trabalho foi emitida Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

As múltiplas violências, no entanto, corresponderam a 25,7% das notificações, sendo proporcionalmente maior no sexo feminino (28,8%; $p = 0,037$), contrariando a recomendação do MS de registrar a violência mais relevante (Brasil, 2016). A escolha da principal violência, no entanto, pode ser complexa, além de contribuir para a invisibilidade de alguns tipos de violência, como a psicológica.

A Tabela 3 apresenta as características da violência física por grupo etário e sexo. A maioria das variáveis analisadas apresenta alto percentual de informações ignoradas: repetição da violência (48,5%), local de ocorrência (40,8%), relação com a vítima (23,3%) e número de agressores envolvidos (21,2%). Destaca-se, contudo, a agressão ter ocorrido outras vezes (19,3%). Além de envolver pelo menos dois agressores (24,4%), situação ocorrida principalmente com o sexo masculino ($p < 0,001$).

Os pais foram os principais agressores (22,3%), sendo proporcionalmente maior no sexo masculino (30,8%; $p < 0,001$) e no grupo etário de 10 a 14 anos (15,2%; $p < 0,001$), evidenciando que castigos físicos são naturalizados na resolução de conflitos familiares (Brasil, 2017c). A residência foi o local predominante da ocorrência das agressões (27,6%), não havendo diferenças entre sexo ($p = 0,761$) e grupo etário ($p = 0,319$).

Quando os agressores foram namorados, ex-namorados, cônjuges, ex-cônjuges, todas as vítimas foram do sexo feminino, acompanhando dados nacionais que sinalizam o parceiro como o principal agressor (Brasil, 2017b).

A maioria das agressões ocorreu por força corporal ou espancamento (81,0%), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p = 0,372$). Já a agressão utilizando arma de fogo apresentou maior proporção nas vítimas do sexo masculino (11,0%; $p = 0,022$).

Destaca-se, contudo, a agressão ter ocorrido outras vezes (19,3%), sendo proporcionalmente maior nas adolescentes. Além de envolverem pelo menos dois agressores (24,5%), situação ocorrida principalmente com os adolescentes, demonstrando

o que aponta o levantamento nacional quanto ao carácter crônico da violência de repetição e a complexidade para romper esse ciclo (Brasil, 2017b). Importante ressaltar que há o reflexo da cultura patriarcal e de dominação de gênero, potencializando as chances de repetição por conta dos vínculos afetivos e relações de poder. Outro ponto a ter destaque é o uso de arma de fogo como um marcador dos papéis de gênero, que revela a arma como uma representação de poder e submissão no exercício da masculinidade hegemônica, como mostra a literatura (Souza, 2005).

Tabela 3 - Características da violência física por faixa etária e sexo das vítimas notificadas em Angra dos Reis-RJ, no período 2009-2017 (continua)

Violência física	Total		10 a 14 anos		15 a 19 anos		Feminino		Masculino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ocorreu outras vezes										
Sim	72	19,3	23	21,1	49	18,6	59	20,9	13	14,3
Não	120	32,2	42	38,5	78	29,5	79	28,0	41	45,1
Ignorado	181	48,5	44	40,4	137	51,9	144	51,1	37	40,7
Local da ocorrência										
Residência (inclui habitação coletiva)	103	27,6	36	33,0	67	25,4	80	28,4	23	25,3
Residência de familiares e conhecidos	8	2,1	2	1,8	6	2,3	6	2,1	2	2,2
Escola (inclui local de práticas esportivas)	20	5,4	13	11,9	7	2,7	10	3,5	10	11,0
Via pública	77	20,6	22	20,2	55	20,8	52	18,4	25	27,5
Comércio/serviços (inclui bar ou similar)	11	2,9	1	0,9	5	1,9	10	3,5	1	1,1
Estabelecimento de saúde	2	0,5	1	0,9	1	0,4	2	0,7	0	0,0
Ignorado	152	40,8	34	31,2	118	44,7	122	43,3	30	33,0
Número de envolvidos										
Um	203	54,4	65	59,6	138	52,3	159	56,4	44	48,4
Dois ou mais	91	24,4	27	24,8	52	19,7	60	21,3	31	34,1
Ignorado	79	21,2	17	15,6	62	23,5	63	22,3	16	17,6
Total de notificações por violência física	373	100,0	109	100,0	264	100,0	282	100,0	91	100,0

Fonte: elaborada pelas autoras.

Tabela 3 - Características da violência física por faixa etária e sexo das vítimas notificadas em Angra dos Reis-RJ, no período 2009-2017 (conclusão)

Violência física	Total		10 a 14 anos		15 a 19 anos		Feminino		Masculino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Relação do agressor com a vítima										
Pais/padrasto/mãe/madrasta	83	22,3	43	39,4	40	15,2	55	19,5	28	30,8
Outros familiares	45	12,1	17	15,6	28	10,6	30	10,6	15	16,5
Namorado/ex-namorado ou cônjuge/ ex-cônjuge	46	12,3	3	2,8	68	25,8	71	25,2	0	0,0
Amigos ou conhecidos ou cuidador	58	15,5	0	0,0	36	13,6	40	14,2	19	20,9
Desconhecido	44	11,8	14	12,8	30	11,4	31	11,0	13	14,3
Patrão ou chefe ou relação institucional	7	1,9	4	3,7	3	1,1	3	1,1	4	4,4
Policial/agente da lei	3	0,8	27	24,8	36	13,6	40	14,2	23	25,3
Ignorado	87	23,3	11	10,1	68	25,8	66	23,4	15	16,5
Meio de agressão										
Força corporal/espancamento	302	81,0	85	78,0	217	82,2	238	84,4	64	70,3
Enforcamento	14	3,8	5	4,6	9	3,4	9	3,2	5	5,5
Objeto contundente	28	7,5	9	8,3	19	7,2	17	6,0	11	12,1
Objeto perfuro-cortante	21	5,6	5	4,6	16	6,1	15	5,3	6	6,6
Substância/objeto quente	4	1,1	3	2,8	1	0,4	2	0,7	2	2,2
Envenenamento, intoxicação	2	0,5	0	0,0	2	0,8	2	0,7	0	0,0
Arma de fogo	20	5,4	4	3,7	16	6,1	10	3,5	10	11,0
Total de notificações por violência física	373	100,0	109	100,0	264	100,0	282	100,0	91	100,0

Fonte: elaborada pelas autoras.

A Tabela 4 apresenta os encaminhamentos realizados. Apenas 20,7% das notificações tinham registro de encaminhamento para o Conselho Tutelar, sendo proporcionalmente maior no grupo etário de 10 a 14 anos (34,3%; $p < 0,001$) e no sexo masculino (29,4%; $p=0,044$), embora essa comunicação seja obrigatória (Brasil, 2001). A comunicação pode ter ocorrido, contudo, por meio de relatório, e não registrada na ficha. Em contrapartida, estudo tem constatado subnotificação de maus-tratos (Rolim *et al.*, 2014), evidenciando as dificuldades de compreensão do profissional de saúde, do seu papel social e suas responsabilidades diante das violências, que tende a não assimilar esse problema como de saúde, responsabilizando a justiça e a segurança. A rede de saúde foi o segundo encaminhamento

mais frequente (12,0%), e sem diferença estatisticamente significativa para faixa etária e sexo ($p < 0,005$).

Tabela 4 - Encaminhamentos realizados das vítimas de violência por faixa etária e sexo notificados em Angra dos Reis-RJ, no período 2009-2017

Encaminhamento*	Total		10 a 14 anos		15 a 19 anos		Feminino		Masculino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rede de saúde	58	12,0	27	15,2	31	10,2	47	12,9	11	9,2
Rede da Assistência Social (CREAS)	23	4,8	6	3,4	17	5,6	19	5,2	4	3,4
Rede de Atendimento à Mulher	3	0,6	0	0,0	3	1,0	3	0,8	0	0,0
Conselho Tutelar	100	20,7	61	34,3	39	12,8	65	17,9	35	29,4
Ministério Público	3	0,6	2	1,1	1	0,3	3	0,8	0	0,0
Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	19	3,9	11	6,2	8	2,6	10	2,7	9	7,6
Delegacia de Atendimento à Mulher	16	3,3	8	4,5	8	2,6	16	4,4	0	0,0
Justiça da Infância e da Juventude	5	1,0	2	1,1	3	1,0	4	1,1	1	0,8
Total de notificações	483	100,0	178	100,0	305	100,0	364	100,0	119	100,0

Fonte: elaborada pelas autoras.

Uma das limitações do estudo foi a ausência de registros referente à orientação sexual e identidade de gênero. Esses campos foram inseridos na versão 5.0 da ficha de notificação em 2014, e se aplicam ao grupo etário objeto dessa pesquisa (Brasil, 2016). O não preenchimento dessas variáveis gera invisibilidade das violências motivadas por homofobia, lesbofobia, bifobia e transfobia.

A notificação de violência contra adolescentes é uma exigência legal que objetiva sua visibilidade, e por meio do preenchimento adequado da ficha, revela a magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização da ocorrência e outras características. Também contribui para enfatizar os fatores de proteção e alerta sobre as vulnerabilidades e os riscos de violência.

A violência começa quando há incapacidade de convencimento e argumentação, imposição da vontade com a força, a exemplo do poder patriarcal que priva a liberdade de adolescentes numa casa onde o machismo domina.

Espera-se com essa pesquisa sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde quanto à necessidade de qualificação do preenchimento da ficha de notificação do município de Angra dos Reis, entendendo que esta faz parte da linha de

cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, a fim de subsidiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas intra e intersetoriais, garantindo a integralidade do cuidado, prevenindo efetivamente as violências, auxiliando na promoção da saúde e na cultura da paz. Adicionalmente, propor estratégias de enfrentamento desse agravo, tendo em vista ser uma das prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde de Angra dos Reis para o período de 2018-2021.

Referências

ANGRA DOS REIS. Plano Municipal de Saúde de Angra dos Reis 2018 - 2021. *Prefeitura Municipal de Angra dos Reis*, Angra dos Reis, 2017. Disponível em: https://www.angra.rj.gov.br/downloads/SSA/Plano_municipal_de_saude_2018-2021.pdf. Acesso em: 6 out 2023.

BRASIL. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 17 jun. 2014a.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26 out. 2001.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26 jan. 2011.

BRASIL. Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014. Define a lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 jun. 2014b.

BRASIL. *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. *Violência contra mulher: o desafio de articulação da vigilância com a rede de atenção e proteção*. In Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. *Viva: vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

CESAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 37, n. 2, p. 432-445, 2017.

GALLEGUILLOS, T. G. B. *et al.* Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo. *Boletim CEInfo Análise*, São Paulo, v. 10, n. 12, p. 8-59, 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2015/sms-10676/sms-10676-7331.pdf>. Acesso em: 6 out. 2023.

IBGE. *Brasil em Síntese*. Angra dos Reis, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/angra-dos-reis/panorama>. Acesso em: 6 out. 2023.

JUSTINO, L. C. L. *et al.* Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, p. 239-246, 2015.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!)*: guia de orientação para apoiar a implementação pelos países. Washington, D. C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/9789275719985-por.pdf>. Acesso em: 6 out. 2023.

ROLIM, A. C. A. *et al.* Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 794-804, 2014.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Young People's Health: a Challenge for Society: report of a WHO study group on young people and "health for all by the year 2000"*. Geneva: WHO, 1986. (WHO Technical Report Series, 731). Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/41720?locale-attribute=fr&mode=simple>. Acesso em: 6 out. 2023.

ENVELHECIMENTO FEMININO, MENOPAUSA E MEDICALIZAÇÃO NO BRASIL

uma questão de direitos humanos

Lizanka Marinheiro

Amanda Carvalho

Vanessa Lemos da Costa Soares

O envelhecimento saudável é definido como o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice. A capacidade funcional de um indivíduo é determinada pelo conjunto de suas capacidades físicas e mentais em interação com o ambiente em que vive (incluindo contextos físicos, sociais e políticos). O nível de controle que uma pessoa pode exercer sobre a sua vida é um fator crítico na determinação do acesso aos recursos que protegem e promovem a saúde (Organização Mundial da Saúde, 2017a, 2017b).

O envelhecimento a nível biológico é o processo sistêmico de degeneração molecular e celular ao longo do tempo, levando a uma diminuição gradual da capacidade física e mental e aumentando o risco de desenvolvimento de doenças, morbilidades e morte (Organização Mundial de Saúde, 2017a). A qualidade de vida na velhice e o envelhecimento feminino são fenômenos ainda pouco explorados em

todos os domínios afetados. Determinantes como inserção diferenciada no mercado de trabalho, preocupação e autocuidado com a saúde e adesão e/ou acesso aos tratamentos médicos recomendados são moderados por fatores psicossociais, culturais e biológicos de gênero e desempenham papel fundamental no processo de envelhecimento saudável, no que diz respeito à implementação de medidas de prevenção, controle e tratamento (Organização Mundial de Saúde, 2016; Santos; Cunha, 2014).

Estima-se que até 2050 existirão mais de 61 milhões de mulheres com mais de 45 anos em território brasileiro (IBGE, 2022). Esse grupo abrange mais de 50% da população residente. É provável que essas mulheres enfrentem um período que marca a saúde reprodutiva feminina e acelera o processo de envelhecimento: a menopausa. Os estigmas ligados ao envelhecimento feminino possivelmente atuaram como barreiras à expansão da literatura sobre a menopausa – que foi relativamente pouco estudada em comparação com outras questões fisiológicas das mulheres (Posner, 1979). A extensão e o aprofundamento das pesquisas sobre a menopausa começaram marcados pela perspectiva biomédica (Collins, 2002), com foco nas causas biológicas primárias das alterações hormonais (Serrão, 2008). Nessa lógica da menopausa reduzida à noção de falta, são postas em prática tecnologias médicas para suprir essa insuficiência. Assim, a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) representa a principal indicação terapêutica (Collins, 2002). As primeiras preparações comerciais de estrogênio surgiram na década de 1920 (Van Keep, 1990) e, na década de 1950, medicamentos à base de hormônios sintéticos já faziam parte do comércio brasileiro (Freitas, 2010).

Menopausa é o termo usado para definir a cessação permanente da menstruação resultante da perda da atividade folicular ovariana. A menopausa natural é reconhecida como tendo ocorrido após 12 meses consecutivos de amenorreia (ausência de menstruação), para a qual não há outra causa patológica ou fisiológica aparente. A menopausa ocorre com o período menstrual final, que é conhecido com certeza apenas retrospectivamente, um ano ou mais após o evento (Antunes, 2003; Nelson, 2008; Takahashi; Johnson, 2015; Utian, 1999). É nessa fase que ocorre a queda hormonal progressiva do estradiol, implicada nas manifestações clínicas percebidas, como sintomas vasomotores (fogachos ou ondas de calor), sintomas neuropsiquiátricos (insônia, humor depressivo, aumento da ansiedade e irritabilidade). A queda nos níveis de estrogênio também provoca manifestações sistêmicas, urogenitais e sexuais, com diminuição do revestimento vaginal,

e a vagina tornando-se menos elástica e mais seca (Antunes, 2003; Brasil, 2008; Nelson, 2008; Takahashi; Johnson, 2015).

O uso da TRH tem sido amplamente indicado no tratamento de sintomas vasomotores e na prevenção de doenças crônicas como osteoporose e doenças cardiovasculares. A aplicação local de estrogênio na vagina é mais eficaz do que hormônios sistêmicos (orais ou transdérmicos) no alívio dos sintomas de secura (Takahashi; Johnson, 2015).

Há evidências experimentais de que a variação nos níveis de estrogênio durante a menopausa pode causar alterações nos níveis de neurotransmissores, como a serotonina, no hipotálamo, que é o centro regulador do humor. Essas variações podem causar vulnerabilidade ao nível hipotalâmico e induzir perturbações do humor, sendo a irritabilidade o sintoma mais frequentemente observado (Nelson, 2008; Rosa; Silva; Sá, 2006). No entanto, uma meta-análise que avaliou a eficácia e segurança dos estrogênios bioidênticos no tratamento de sintomas depressivos em mulheres na peri e pós-menopausa concluiu que o estradiol bioidêntico não parece oferecer benefício clínico significativo para a melhoria dos sintomas depressivos em mulheres na pós-menopausa. Quanto às mulheres na perimenopausa, os dados foram inconclusivos. O tratamento mostrou-se eficaz, entretanto, para mulheres com queixas de sintomas vasomotores (Whedon *et al.*, 2017). Outro estudo, no entanto, indicou que as concentrações séricas de estradiol e estrona em mulheres na pós-menopausa estão significativamente associadas a sintomas de humor e bem-estar (Almeida *et al.*, 2005).

Do ponto de vista psicossocial, o período em que ocorre a menopausa, para a maioria das mulheres, é marcado por muitas alterações somáticas e psicológicas e simboliza uma transição definitiva para o resto da vida. Portanto, muitos estressores podem estar imersos em diferentes contextos culturais e sociais (Aksu *et al.*, 2011; Quattrocchi *et al.*, 2015; Stanislawski *et al.*, 2014; Zeleke *et al.*, 2017). Assim, os críticos do modelo estritamente biomédico têm discutido o seu caráter reducionista, com perspectivas limitadas sobre as experiências das mulheres e contribuindo para a medicalização da menopausa (Collins, 2002). O debate sobre a medicalização, vinculado ao modelo biomédico, deve ser multifacetado e compreender os atravessamentos nos discursos de verdade (Freitas, 2010). Esses discursos refletem também a consciência individual e cultural relativamente ao envelhecimento e à saúde (Rostosky; Travis, 1996). Há, portanto, uma redução das experiências das mulheres durante a menopausa, subordinando-as à medicina para que a sua

autonomia seja limitada. Assim, dar voz às experiências das mulheres na menopausa deve desafiar o reducionismo biológico. Esse processo também envolve uma ampliação de perspectivas sobre a menopausa, o envelhecimento e o ser mulher.

O conceito de gênero, segundo os estudos feministas atuais, rompe com esse determinismo forjado pela biologia dos corpos, em que o sexo masculino ou feminino determinava as posições ocupadas pelos sujeitos na sociedade. Tanto o gênero como a sexualidade podem funcionar como mecanismos de opressão e subjugação, e isso em interseccionalidade com outros marcadores sociais de diferença, como raça, etnia, nacionalidade, crença ou classe social (Firmino; Porchat, 2017). Soma-se a essa questão a pluralidade de experiências das mulheres com a vida e o envelhecimento. O envelhecimento é natural, dinâmico, heterogêneo e contextualizado, estendendo-se ao longo da vida e atravessado por diversos fatores, desde questões do sujeito até o contexto social, cultural e econômico (Crema, 2018).

Métodos

Foi realizada uma revisão narrativa não sistemática da literatura de pesquisa. Embora tenha sido adotada uma abordagem não sistemática, os termos de pesquisa foram abrangentes e as listas de referências foram examinadas. Termos de pesquisa, incluindo, entre outros, “menopausa”, “políticas públicas” e “direitos” foram inseridos no Pubmed, LILACS e Scielo, onde foi produzida uma vasta quantidade de literatura latino-americana. Este capítulo é produto de uma revisão narrativa cuja questão motivadora foi: “O acesso à informação e aos medicamentos para lidar com os sintomas da menopausa é um direito amplamente exercido pelas mulheres nessa condição no Brasil?”. Os objetivos deste capítulo eram muito amplos para uma revisão sistemática. Contudo, apesar de potenciais omissões, a abordagem narrativa destacou os principais temas e debates em torno da questão de investigação.

Para uma perspectiva holística sobre o envelhecimento feminino

Nesse sentido, as pesquisas em epidemiologia e saúde pública têm destacado a importância de modelos interativos capazes de compreender aspectos complexos e multifacetados das experiências das mulheres com a saúde, a menopausa e o envelhecimento por meio da integração de perspectivas biomédicas e socioculturais.

Diversos fatores do ciclo biológico-reprodutivo marcam o corpo feminino, e a dimensão fisiológica impacta suas experiências com a vida e a saúde. Assim, numa perspectiva biopsicossocial, a abordagem do envelhecimento feminino na pesquisa clínica e na atenção à saúde deve abranger a diversidade de manifestações fisiológicas, psicológicas e sociais e seus atravessamentos na saúde da mulher (Brotto *et al.*, 2016; Heiden-Rootes *et al.*, 2017; Veloso *et al.*, 2013).

Ao longo do envelhecimento, essas mudanças fisiológicas, emocionais e socioculturais podem impactar a vivência e expressão da sexualidade (Brasil, 2013; Scavello *et al.*, 2019). Com a diminuição gradual dos níveis de estrogênio e alterações fisiológicas essenciais, os sintomas vasomotores e físicos podem apresentar-se com diferentes frequências e intensidades. Esse declínio hormonal pode influenciar a resposta sexual, como a redução da lubrificação vaginal e problemas relacionados ao desejo sexual. Para Moreira e Braitt (2015), a vivência do climatério também está correlacionada com estigmas sociais que impactam a sexualidade e outras manifestações, causando sofrimento psíquico e diminuição da qualidade de vida. Nesse sentido, os problemas sexuais são um dos fatores mais comumente apontados como fonte de angústia nessa fase da vida (Brasil, 2008). Estudos com mulheres de diferentes tempos de vida têm demonstrado maior prevalência de problemas sexuais entre mulheres mais velhas (Wong *et al.*, 2018; Worsley, 2017; Yagmur; Orhan, 2019).

Estudos que abordam a qualidade de vida de mulheres idosas apontam os aspectos intrapessoais que se estabelecem nas relações atuais e passadas, além das perspectivas das relações da mulher idosa com o ambiente que a cerca (Organização Mundial da Saúde, 2016). A proporção de mulheres no grupo populacional idoso é mais significativa que a de homens; devido à desigualdade de gênero na expectativa de vida, as mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens no Brasil, resultando em um elevado percentual de mulheres idosas sem cônjuge, considerando viúvas, além de mulheres solteiras e separadas. A velhice traz à mulher maior possibilidade de viver sozinha, mesmo sendo muitas vezes uma pessoa de referência no contexto familiar (Santos; Cunha, 2014).

Alguns estudos relataram correlações positivas entre a capacidade de estabelecer vínculos afetivos seguros e a resiliência psicológica (Ferreira, 2021). A resiliência pode ser definida como um processo subjetivo contínuo que torna o indivíduo mais capaz de se adaptar positivamente a situações complicadas e ter sucesso ao enfrentar as adversidades. A pessoa resiliente possui recursos internos,

como autoestima, autoeficácia, autocontrole e flexibilidade, e recursos externos, como vínculos afetivos seguros, modelos sociais positivos e integração na sociedade (Organização Mundial da Saúde, 2016; Palmiter *et al.*, 2012). A resiliência também pode desempenhar um papel essencial na manutenção da autonomia e da capacidade funcional por mais tempo (Ferreira, 2021; Organização Mundial da Saúde, 2016). Ter um vínculo afetivo seguro, como a presença e o acolhimento da família, está diretamente relacionado ao bem-estar do idoso, sendo um poderoso recurso para a capacidade de resiliência. Porém, nem todas as mulheres na menopausa consideram isso bem-vindo e são estigmatizadas por esses sintomas e vítimas de microagressões.

Cuidados com a menopausa como um direito

A opressão de gênero pode ocorrer não apenas a nível institucional, materializada por leis e políticas, mas também por meio de normas sociais. Essa opressão é difícil de detectar e constitui um problema de saúde global. A microagressão se manifesta como interações discriminatórias e preconceituosas intangíveis, intencionais ou não. Devido à natureza oculta da microagressão, as pessoas que a vivenciam são frequentemente obrigadas a questionar a sua percepção por meio da microinvalidação cotidiana, o que pode levar à autculpa e a um sentimento de inadequação (Jóhannsdóttir *et al.*, 2022).

Desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Organização das Nações Unidas (ONU) tem construído um sistema robusto de proteção para grupos populacionais vulneráveis, dotando cada um deles de uma convenção específica. A Lei Federal nº 10.741/03, mais conhecida como Estatuto do Idoso, enfatiza em seu primeiro artigo que são idosos as pessoas com 60 anos ou mais residentes em território brasileiro (Brasil, 2014). A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos do Idoso (2015), ratificada pelo Brasil em 2018, prevê medidas específicas para mulheres com mais de 60 anos, recomendando que os estados e a sociedade em geral promovam ativamente a eliminação de todas as práticas que geram violência e que afetam a dignidade e a integridade.

O estatuto diz que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do governo garantir aos idosos, com absoluta prioridade, a concretização do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao desporto, ao lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar e comunitária. No

artigo 21, o estatuto atribui ao poder público a criação de oportunidades para que os idosos tenham acesso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a eles destinados, que devem incluir conteúdos relacionados às técnicas de comunicação, informática e outras tecnologias avançadas, para a sua integração na vida moderna.

Porém, por não se tratar de uma ação sanitária de notificação compulsória no país, não há dados sobre o número de mulheres na menopausa que utilizam a TRH. Não existem atividades oficiais de saúde reprodutiva do Sistema Único de Saúde (SUS) que forneçam informações confiáveis e as melhores e mais atualizadas evidências possíveis sobre o tema voltadas às mulheres na menopausa, o que gera confusão e tendência a acreditar em panaceias e notícias falsas, quando consultado na internet.

O direito à informação em saúde é uma forma de combater as desigualdades. Ressalta-se que a inclusão digital envolve que todos tenham acesso às Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) de forma simples, prazerosa e rentável. Piaget (1964) já abordou a construção do conhecimento por meio do processo de interação *versus* estimulação porque a produção de conhecimento não acontece apenas com o acesso à informação. Dessa forma, a inclusão digital representa uma melhoria na qualidade de vida. As TICs na vida dos idosos funcionam como excelentes exercícios mentais, reduzem distâncias, facilitam a comunicação entre os familiares e contribuem para a vida em sociedade.

As abordagens unidimensionais ao envelhecimento perpetuam preconceitos, tornam as experiências invisíveis e limitam o potencial das mulheres para a vida e a saúde (Almeida; Lourenço, 2007; Rocha *et al.*, 2014). Ressaltamos, portanto, a importância de uma compreensão abrangente dos contextos em que vivem e envelhecem as mulheres no Brasil, possibilitando práticas de saúde que respeitem as pluralidades e sejam, de fato, promotoras de vida. Embora algumas das variações na saúde dos idosos sejam genéticas, a maioria deve-se ao ambiente físico e social das pessoas, uma vez que influenciam diretamente a saúde por meio de barreiras ou incentivos, que afetam as oportunidades, decisões e comportamentos de saúde.

Conclusão

As políticas públicas que apoiam os direitos humanos das mulheres após a menopausa no Brasil ainda são insuficientes e não abordam as especificidades

mencionadas neste capítulo. Portanto, o crescimento dessa população pressupõe a necessidade cada vez maior de programas de incentivo, assistência, cuidado e ações atualizadas voltadas às mulheres com mais de 60 anos.

Referências

AKSU, H. *et al.* As atitudes das mulheres na menopausa e de seus cônjuges em relação à menopausa. *Obstetrícia e Ginecologia Clínica e Experimental*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 251-255, 2011.

ALMEIDA, O. P. *et al.* Associação entre a concentração sérica fisiológica de estrogênio e a saúde mental de mulheres na pós-menopausa residentes na comunidade com 70 anos ou mais. *O jornal americano de psiquiatria geriátrica*, [New York], v. 1, n. 2, p. 142-149, 2005.

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 101-113, 2007.

ANTUNES, S.; MARCELINO, O.; AGUIAR, T. Fisiopatologia da menopausa. *Revista Portuguesa de Medicina geral e familiar*, Lisboa, v. 19, n. 4, p. 353-357, 2003.

BRASIL. *Diretrizes para o cuidado das pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. *Estatuto do Idoso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. *Saúde sexual e saúde reprodutivo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b.

BROTTO, L. *et al.* Dimensões psicológicas e interpessoais da função e disfunção sexual. *O jornal de medicina sexual*, [Oxford], v. 13, n. 4, p. 538-571, 2016.

COLLINS, A. Questões socioculturais na menopausa. In: COLLINS, A. *Saúde da Mulher e Menopausa*. Boston: Springer, 2002. p. 339-344.

CREMA, I. L. *Sexualidade, gênero e geração: significados e experiências de idosos na pós-menopausa*. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018.

FERREIRA, T. *A vinculação, a saúde mental e o bem-estar não adultos mais velhos: o papel mediador da resiliência*. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Porto, Porto, 2021.

FIRMINO, F. H.; PORCHAT, P. Feminismo, identidade e gênero em Judith Butler: apontamentos a partir de “problemas de gênero”. *DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 51-61, 2017.

FREITAS, P. O processo de medicalização da menopausa através do conteúdo de anúncios de medicamentos. *Métis: história & cultura*, Caxias do Sul, v. 9, n. 18, p. 171-182, 2010.

HEIDEN-ROOTES, K. M. *et al.* Disfunção sexual na atenção primária: análise descritiva exploratória de diagnósticos em prontuários. *O Jornal de Medicina Sexual*, [Oxford], v. 14, n. 11, p. 1318-1326, 2017.

IBGE. *Coordenação de População e Indicadores Sociais: gerência de estudos e análises da dinâmica demográfica*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock. Acesso em: 17out. 2022.

JÓHANNSDÓTTIR, Á.; EGILSON, S. P.; HARALDSDÓTTIR, F. Implicações da capacidade internalizada para a saúde e o bem-estar dos jovens com deficiência. *Sociologia da Saúde e Doença*, [s. l.], v. 44, n. 2, p. 360-376, 2022.

MOREIRA, M. A.; BRAITT, L. L. Como alterações biopsicossociais no climatério e a inter-relação com a qualidade de vida: um estudo de revisão integrativa. *Memorialidades*, Ilhéus, v. 11, n. 21, p. 57-84, 2015.

NELSON, H. D. Menopausa. *Lancet*, [London], v. 371, n. 9614, p. 360-370, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Construir resiliência: um pilar fundamental da saúde 2020 e dos objectivos de desenvolvimento sustentável: exemplos da iniciativa da OMS para os pequenos países*. Geneve: OMS, 2017a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Cuidados integrados para idosos: orientações sobre intervenções a nível comunitário para gerir declínios na capacidade intrínseca*. Geneve: OMS, 2017b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Estratégia sobre a saúde e o bem-estar das mulheres na Região Europeia da OMS*: (N.º OMS/EURO: 2016-4173-43932-61910). Geneve: OMS, 2016.

PALMITER, D. *et al.* Construindo sua resiliência. *American Psychological Association*, Washington, D. C., 1 jan. 2012. Disponível em: <https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience>. Acesso em: 17 out. 2022.

- PIAGET, J. Desenvolvimento cognitivo em crianças. *Revista de pesquisa em ensino de ciências*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 176-186, 1964.
- POSNER, J. Está tudo na sua cabeça: modelos feministas e médicos da menopausa (companheiros estranhos). *Papéis sexuais*, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 179-190, 1979.
- QUATTROCCHI, T. *et al.* Efeitos de um fitocomplexo no bem-estar de mulheres climatéricas. *Jornal de Pesquisa em Obstetrícia e Ginecologia*, São Paulo, v. 41, n. 7, p. 1093-1098, 2015.
- ROCHA, A. W. *et al.* As incertezas das mulheres eles vivenciar a sexualidade no climatério. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 8, n. 2, p. 314-322, 2014.
- ROSA E SILVA, A. C. J.; SÁ, M. F. S. D. Efeitos dos esteróides Sexuais sobre o humor e cognição. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, n. 33, p. 60-67, 2006.
- ROSTOSKY, S. S.; TRAVIS, C. B. Pesquisa sobre a menopausa e o domínio do modelo biomédico 1984-1994. *Psicologia das Mulheres Trimestralmente*, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 285-312, 1996.
- SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosos no comunidade. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Divinópolis, v. 4, n. 2, p. 1135-1145, 2014.
- SCAVELLO, I. *et al.* Saúde sexual na menopausa. *Medicina*, [s. l.], v. 55, n. 9, 2019.
- SERRÃO, C. (Re) pensar o climatério feminino. *Análise psicológico*, Lisboa, v. 1, p. 15-23, 2008.
- STANISŁAWSKA, M. *et al.* A gravidade dos sintomas depressivos versus níveis séricos de Mg e Zn em mulheres na pós-menopausa. *Pesquisa biológica de oligoelementos*, [s. l.], v. 157, n. 1, p. 30-35, 2014.
- TAKAHASHI, T. A.; JOHNSON, K. M. Menopausa. *Clínicas Médicas da América do Norte*, [s. l.], v. 99, n. 3, p. 521-534, 2015.
- UTIAN, W. H. As definições terminológicas relacionadas à menopausa da menopausa internacional. *Climatério*, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 284-286, 1999.
- VAN KEEP, P. A. A história e a lógica da terapia de reposição hormonal. *Maturitas*, Dublin, v. 11, n. 3, p. 163-170, 1990.
- VELOSO, L. C. *et al.* Alterações biopsicossociais na mulher climatérica: uma revisão bibliográfico. *Revista Interdisciplinar*, Valença, v. 6, n. 3, p. 187-194, 2013.
- WHEDON, J. M. *et al.* Estrogênio bioidêntico para sintomas depressivos da menopausa: uma revisão sistemática e meta-análise. *Jornal de Saúde da Mulher*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 18-28, 2017.

WONG, E. L. *et al.* O impacto da menopausa na saúde sexual das mulheres chinesas cantonesas: um estudo de métodos mistos. *Revista de Enfermagem Avançada*, [São Paulo], v. 74, n. 7, p. 1672-1684, 2018.

WORSLEY, R. *et al.* Prevalência e preditores de baixo desejo sexual, sofrimento pessoal sexualmente relacionado e disfunção do desejo sexual hipoativo em uma amostra comunitária de mulheres de meia-idade. *O Jornal de Medicina Sexual*, [Oxford], v. 14, n. 5, p. 675-686, 2017.

YAĞMUR, Y.; ORHAN, İ. Examinando as funções sexuais das mulheres antes e depois da menopausa na Turquia. *Ciências Africanas da Saúde*, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 1881-1887, 2019.

ZELEKE, B. M. *et al.* Os sintomas vasomotores estão associados a sintomas depressivos em mulheres idosas residentes na comunidade. *Menopausa*, [s. l.], v. 24, n. 12, p. 1365-1371, 2017.

MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE 2001 A 2019

causas e tendências

Noelle Juliana Melo de Paula Moreira

Vania Reis Girianelli

Rita de Cássia Vasconcelos Costa

A morte materna é a que ocorre durante a gravidez ou em até 42 dias de seu desfecho, excetuando-se as causas acidentais ou incidentais. Ela pode ser classificada em direta ou indireta. As causas diretas são devidas a complicações da gestação, parto e puerpério em consequência de intervenções, omissão ou realização de tratamento incorreto, ou a cadeia de eventos que podem decorrer a partir daí. Já as causas indiretas estão relacionadas a doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. A morte materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, e 92% dos casos poderiam ser evitados (Brasil, 2009).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos indicadores mais importantes de uma população, expressando além do acesso aos serviços de saúde, as condições mais gerais que sintetizam a qualidade de vida e seu nível de desenvolvimento

(Almeida Filho; Barreto, 2014). Esse indicador, em função da sua relevância para saúde pública, foi incluído como um dos objetivos do milênio, pela Organização das Nações Unidas (ONU), tendo como meta a redução de pelo menos dois terços até o ano de 2030 pelos países membros (World Health Organization, 2015).

Diversas estratégias foram implementadas no país desde o início do século XXI visando a redução da RMM. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído em 2000, apresentando incentivos financeiros aos estados, Distrito Federal e municípios para adesão aos critérios estabelecidos quanto ao acompanhamento pré-natal completo, cadastramento das gestantes e investimento na assistência obstétrica e neonatal (Brasil, 2000). Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em parceria com Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS) de Saúde e representantes da sociedade civil, buscando sensibilizar os atores envolvidos e o esforço coletivo para o enfretamento do problema (Brasil, 2004). Em 2008, a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, passou a ser obrigatória (Brasil, 2008). A Rede Cegonha foi implantada em 2011, que consiste numa rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério (Brasil, 2011a). Posteriormente, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011b, 2012), sendo a saúde da família a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Tal estratégia possibilitou a ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) implantado na década de 1990, com foco no território, na família e na assistência integral e multidisciplinar, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1997). A Estratégia Saúde da Família (ESF) proporcionou o aumento na cobertura e número de consultas no pré-natal no país, que é essencial para redução da mortalidade materna, mas há diferenças entre as regiões quanto ao acesso, qualidade da assistência prestada, infraestrutura e gestão (Guimarães *et al.*, 2018).

Apesar dos esforços, a RMM no Brasil foi de 62 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2015, e a meta seria reduzir para 20 mortes maternas, mas já foi alterada para 30 em 2018 (Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, 2019). O problema atinge de maneira desigual as regiões brasileiras, sendo maior entre mulheres das classes sociais menos favorecidas (Brasil, 2009).

No município do Rio de Janeiro a RMM atingiu 82,9 em 2017 (SMS-RJ, 2019), e 60% das mortes ocorreram por causas diretas, sendo mais frequente por doenças

hipertensivas (incluindo eclampsia, síndrome HELLP), hemorragias e infecção puerperal. Ademais, as mulheres residentes no estado do Rio de Janeiro apresentaram maior percentual de diagnóstico de hipertensão arterial do país (32,8%) (Brasil, 2020).

Este capítulo apresenta o resultado de um estudo ecológico misto (Almeida Filho; Barreto, 2014), que analisou:

- a tendência da RMM, em casos ocorridos na idade fértil (10-49 anos de idade) no período de 2001 a 2019, em residentes do município do Rio de Janeiro (estudo ecológico descritivo de séries temporais);
- os fatores associados à RMM por causa direta (estudo ecológico exploratório de múltiplos grupos) no período de 2012 a 2019; a restrição no período foi devido à inclusão do registro de raça/cor da pele da mãe na Declaração de Nascido Vivo (DNV) só ter ocorrido a partir de 2011.

Os dados relacionados aos óbitos maternos e de nascidos vivos foram extraídos, de forma agregada, do sistema de informação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, disponível no *site* eletrônico da instituição, em dezembro de 2020. As variáveis maternas analisadas foram: faixa etária (10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49); cor da pele; escolaridade (nenhuma a 3 anos de estudo, 4-7 anos, 8-11 anos, 12 anos ou mais); situação conjugal; ano e causa do óbito (total, direta, indireta e não especificada), conforme classificação da CID-10 (Brasil, 2009). As causas diretas de óbito materno foram agrupadas em: gravidez que termina em aborto; edema, proteinúria, transtornos hipertensivos da gravidez, parto e puerpério; assistência à mãe ligada ao feto, cavidade amniótica e problemas de parto; complicações do trabalho de parto e parto; complicações relacionadas ao puerpério e outros transtornos maternos relacionados com a gravidez. O quantitativo de nascidos vivos foi estratificado pelas características maternas (faixa etária, cor da pele e escolaridade) e ano de nascimento.

Foram calculados o percentual de cada categoria das variáveis estudadas e o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2), com correção de Yates quando necessário, para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os estratos. A razão de mortalidade materna foi calculada, para cada estrato, considerando o número de óbitos maternos dividido pelo número de nascidos vivos,

multiplicado por 100.000, sendo uma *proxy* (aproximação) da mortalidade materna, pois o número de nascidos vivos indicaria o número de mulheres grávidas, e, por isso, o grupo sob risco de morte materna que em geral não se conhece (Almeida Filho; Barreto, 2014).

A tendência temporal foi descrita tendo como variável independente o ano do óbito e como variável dependente a RMM. Não foi utilizado fator de correção na RMM para evitar correção exagerada, pois os dados foram obtidos diretamente do sistema de informação e poderiam já estar ajustados (DATASUS). Ademais, o estado do Rio de Janeiro foi um dos 12 estados em que foi dispensado fazer o ajuste na RMM quando aplicado o método a partir da vigilância (Brasil, 2018). A tendência temporal da RMM foi estratificada por tipo de causa para o período de 2001 a 2019. Também foi analisada a tendência temporal da RMM por causa direta, estratificando por faixa etária, raça/cor da pele e escolaridade para o período de 2012 a 2019. Nessa análise foram agrupadas as faixas etárias mais jovens (10-19 anos) e os níveis mais baixos de escolaridade (< 4 anos), e excluídas as categorias amarela e indígena da variável de raça/cor da pele e a categoria sem informação (ignorada) de todas as variáveis.

Também foi analisada a associação entre variáveis sociodemográficas maternas (faixa etária, escolaridade e cor da pele) e mortalidade materna direta, para o período (2012-2019) e para cada ano da série, sendo estimado o risco relativo e os respectivos intervalos com 95% de confiança.

A tendência temporal do risco relativo foi avaliada considerando o ano como variável independente e o risco relativo da mortalidade materna como variável dependente.

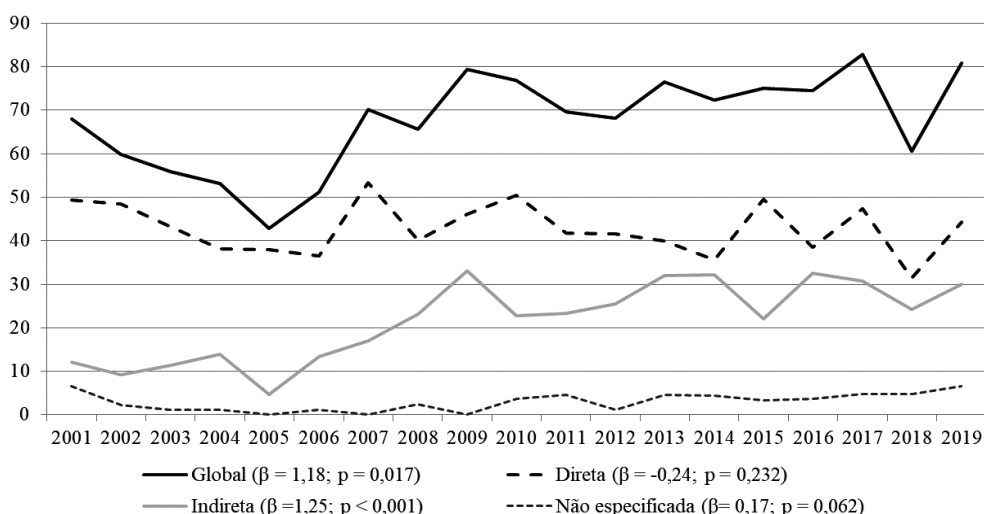
A tendência temporal da RMM e do risco relativo da RMM foram avaliadas por regressão linear generalizada, utilizando o método de Prais-Winsten, que é indicado para análise de séries curtas e com autocorrelação ou correlação serial, situação comum em séries temporais de fenômenos sociais (Antunes; Cardoso, 2015). O aumento ou declínio da RMM e do risco relativo foram avaliados com base no coeficiente de regressão (β) e respectiva significância estatística ($p \leq 0,05$). Os dados foram armazenados no programa Excel, versão 2013, e analisados no programa estatístico R versão 3.4.3.

O estudo obteve dispensa de análise ética do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), pareceres número 09/2019 e 19/2020.

Ocorreram 1.093 óbitos maternos no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2019, sendo 63,5% por causas diretas. Houve um aumento da RMM global ($\beta = 1,18$; $p = 0,017$) e por causas indiretas ($\beta = 1,25$; $p < 0,001$) durante o intervalo de tempo estudado (Figura 1), embora tenha ocorrido um aumento da cobertura da ESF de 3,5% em dezembro de 2008 a 65% em dezembro de 2016 (Pinto *et al.*, 2017). Já a RMM por causas diretas apresentou uma ligeira queda no período, mas não foi estatisticamente significativa ($\beta = -0,24$; $p = 0,232$). As mortes maternas diretas ainda são a maioria dos casos, embora sejam evitáveis (World Health Organization, 2015).

No Brasil, no entanto, foi registrada uma queda na RMM a partir de 1990, tendo menor inclinação a partir de 2001 (Brasil, 2021), mas ainda com taxa muito elevada apresentando 58 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2019. Apenas a Região Norte teve tendência crescente, e com o pior indicador, sendo 82,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2019.

Figura 1 - Tendência da razão de mortalidade materna anual por tipo de causa de residentes do município do Rio de Janeiro, 2001-2019



Fonte: elaborada pelas autoras.

Dos 694 óbitos maternos por causas diretas (Tabela 1), grande parte ocorreu por complicações relacionadas ao puerpério (31,4%) e por edema, proteinúria e

transtornos hipertensivos (24,8%), similar ao que tem sido observado no país (Brasil, 2021).

Tabela 1 - Óbitos maternos por causas diretas e nascidos vivos segundo faixa etária, características socioeconômicas e tipos de causas de residentes do município do Rio de Janeiro, 2001 a 2019

Características	Óbito materno			NV			p
	N	%	%*	N	%	%*	
Raça/cor da pele							
Branca	231	33,3	33,8	279793	17,3	38,5	< 0,001
Preta	146	21,0	21,4	75751	4,7	10,4	
Parda	303	43,7	44,4	367641	22,7	50,6	
Amarela	3	0,4	0,4	2383	0,1	0,3	-
Indígena	0	0,0	-	439	0,0	-	-
Ignorado	11	1,6	-	893291	55,2	-	-
Faixa etária							
10 a 14 anos	4	0,6	-	12410	0,8	-	< 0,001
15 a 19 anos	98	14,1	-	252072	15,6	-	
20 a 29 anos	268	38,6	-	781316	48,3	-	
30 a 39 anos	266	38,3	-	522405	32,3	-	
40 a 49 anos	58	8,4	-	51095	3,2	-	
Escolaridade							
Nenhuma	6	0,9	1,0	6461	0,4	0,4	< 0,001
1 a 3 anos	90	13,0	14,3	53055	3,3	3,4	
4 a 7 anos	242	34,9	38,4	372050	23,0	23,5	
8 a 11 anos	225	32,4	35,7	742711	45,9	46,9	
12 anos e mais	68	9,8	10,8	408749	25,2	25,8	
Ignorado ou não informado	63	9,1	-	36272	2,2	-	-
Situação conjugal							
Solteiro	470	67,7	68,6	1020866	63,0	63,8	< 0,001
Casado	170	24,5	24,8	482530	29,8	30,1	
Viúvo	6	0,9	0,9	3378	0,2	0,2	
Separado judicialmente	15	2,2	2,2	20030	1,2	1,3	
União estável	24	3,5	3,5	73883	4,6	4,6	
Ignorado ou não informado	9	1,3	-	18611	1,1	-	-

Características	Óbito materno			NV			p
	N	%	%*	N	%	%*	
Causas							
Gravidez terminando em aborto	91	13,1	-	-	-	-	-
Edema, proteinúria, transtornos hipertensivos da gravidez, parto e puerpério	172	24,8	-	-	-	-	-
Outros transtornos maternos relacionados com a gravidez	125	18,0	-	-	-	-	-
Assistência à mãe ligada ao feto, cavidade amniótica e problemas de parto	22	3,2	-	-	-	-	-
Complicações do trabalho de parto e parto	66	9,5	-	-	-	-	-
Complicações relacionadas ao puerpério	218	31,4	-	-	-	-	-
Total	694	100,0	-	1619298	100,0	-	-

*Excluídos ignorados.

Fonte: elaborada pelas autoras.

Constatou-se, no entanto, que 13,1% das causas diretas foram relacionadas a gravidezes que terminam em aborto, enquanto no país correspondeu a 2,7% em 2019 (Brasil, 2021). Os dados brasileiros provavelmente estão subestimados, pois a maioria das mulheres que deseja abortar é pobre, não branca e reside na periferia e não tem outra alternativa a não ser apelar a métodos inseguros de abortamento, que contribuem para a mortalidade (Ribeiro, 2016).

O óbito foi proporcionalmente maior nas mulheres pardas, de 20 a 39 anos de idade e solteiras ($p < 0,001$). Os resultados foram similares ao que foi identificado em Porto Seguro, na Bahia (Moraes *et al.*, 2019), e Recife, em Pernambuco (Carvalho *et al.*, 2020); e ao registrado no país em 2019 (Brasil, 2021).

A variável raça/cor da pele apresentou alto percentual de informação ignorada (55,2%) na DNV. No período de 2012 a 2019, no entanto, o percentual de ignorado variou de 1,0% a 2,0% (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição proporcional de raça/cor da pele ignorada dos nascidos vivos de residentes do município do Rio de Janeiro, 2001 a 2019

Ano	Nascidos vivos		
	N	Raça/cor da pele Ignorado	%
2012	86529	1381	1,6
2013	87657	896	1,0
2014	89974	987	1,1
2015	90678	1566	1,7
2016	83153	1103	1,3
2017	84508	1677	2,0
2018	82547	1391	1,7
2019	76785	1597	2,1
2012 a 2019	681831	10598	1,6

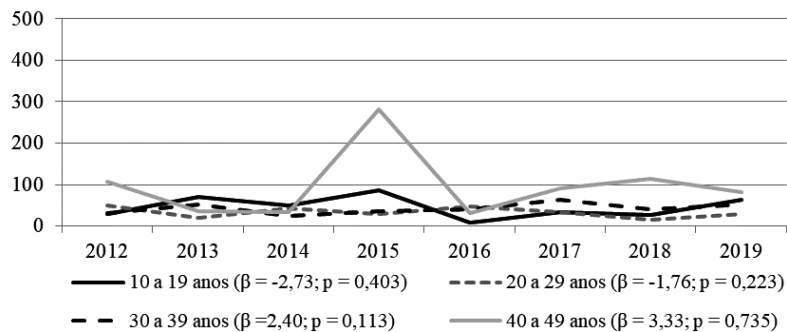
[Quebra da Disposição de Texto]

Fonte: elaborada pelas autoras.

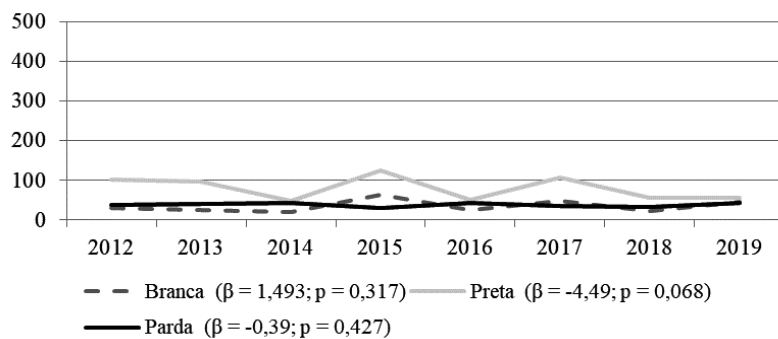
Houve uma tendência crescente na RMM por causas diretas, no período de 2012 a 2019, embora não estatisticamente significativa, na faixa etária de 30 a 39 anos ($\beta = 2,40$; $p = 0,113$), nas mulheres brancas ($\beta = 1,49$; $p = 0,317$), com menos de 4 anos de estudo ($\beta = 13,14$; $p = 0,115$) e com 8 a 11 anos de estudo ($\beta = 1,06$; $p = 0,262$) (Figura 2). Em contrapartida, ocorreu uma queda na tendência da RMM nas mulheres pretas ($\beta = -4,49$; $p = 0,068$) e pardas ($\beta = -0,39$; $p = 0,427$), e com 4 a 7 anos de estudo ($\beta = -1,13$; $p = 0,393$), também não estatisticamente significativa.

Figura 2 - Tendência da razão de mortalidade materna por causas diretas segundo faixa etária, raça/cor da pele e escolaridade de residentes do município do Rio de Janeiro, 2012 a 2019

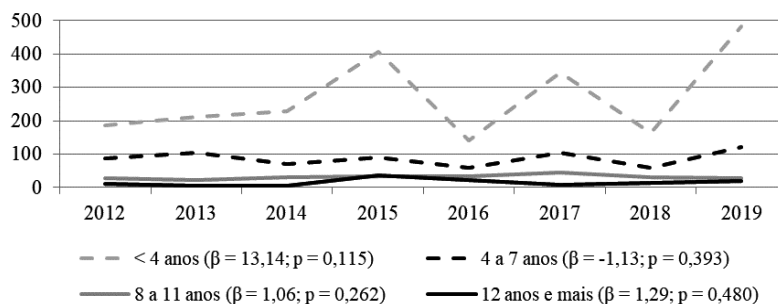
a) Faixa etária



b) Raça/cor da pele



c) Escolaridade



Fonte: elaborada pelas autoras.

A Tabela 3 apresenta o risco relativo da RMM por causas diretas segundo características sociodemográficas no período de 2012 a 2019. As mulheres de 40 a 49 anos tiveram 2,80 vezes (IC95%: 1,80 – 4,37) maior risco de morrer do que as de 20 a 29 anos. O risco relativo dessa faixa etária, no entanto, apresentou flutuação no período, atingindo 9,52 em 2015 e 7,06 em 2018 (Figura 3a). Apenas o risco relativo da faixa etária de 10 a 19 anos apresentou uma leve tendência decrescente no período ($\beta = -0,05$; $p = 0,293$), mas não estatisticamente significativo.

Em relação à raça/cor da pele, o risco de morrer foi 2,27 vezes (IC95%: 1,63 – 3,17) maior nas mulheres pretas do que nas brancas. Houve uma pequena queda no risco relativo no período ($\beta = -0,26$; $p = 0,016$), com maior risco relativo em 2013 (3,78) e menor em 2016 (1,96) (Figura 3b). Já o risco de morrer entre as mulheres pardas em relação às brancas foi similar (1,08; IC95%: 0,83-1,42), tendo apresentado uma leve redução não estatisticamente significativa no período ($\beta = -0,08$; $p = 0,108$), com maior risco relativo em 2014 (2,09).

Ao analisar a escolaridade, que é uma aproximação da variável nível socioeconômico, constatou-se que quanto mais baixo o nível de instrução, maior foi o risco de morrer por causas maternas diretas. As mulheres com menos de 4 anos de estudo tiveram um risco de morrer 16,78 (IC95%: 10,07 – 27,95) vezes maior do que aquelas com 12 anos ou mais de estudo, enquanto o risco de morrer daquelas com 8 a 11 anos de estudo foi 2,09 (IC95%: 1,37 – 3,20). O risco relativo apresentou queda no período de 2014 a 2016 para todos os níveis de escolaridade, com crescimento em 2017 e redução em 2018 (Figura 3c). Apesar dessa flutuação, o risco relativo manteve-se em queda no período em todos os níveis de escolaridade ($\beta \leq -0,34$), embora não estatisticamente significativo ($p \geq 0,146$).

Na análise múltipla, considerando as variáveis cor da pele e escolaridade (< 8 anos de estudo, 8 a 11, e 12 anos ou mais de estudo), verificou-se que entre as mulheres com menos de 8 anos de estudo, o risco de morrer foi relativamente similar entre mulheres brancas (10,14) e pretas (10,40), quando comparado com as mulheres brancas com 12 anos ou mais de estudo. Já em relação às mulheres com 8 a 11 anos de estudo, no entanto, as pretas apresentaram um risco de morrer maior do que as brancas e as pardas, sendo 3,90, 2,24 e 1,87, respectivamente. A comparação das mulheres pretas e pardas com 12 anos ou mais de estudo em relação às brancas, no entanto, ficou comprometida devido ao pequeno número de óbito ocorrido nesses grupos, 3 e 5 respectivamente.

Tabela 3 - Risco relativo da RMM por causas diretas segundo características sociodemográficas de residentes do município do Rio de Janeiro, 2012 a 2019

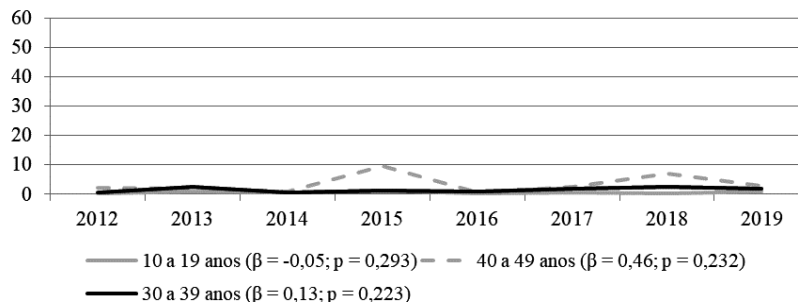
Características	Óbito materno		Nascidos vivos		Risco relativo	IC (95%)
	N	%*	N	%*		
Faixa etária						
10 a 19 anos	47	16,8	101488	14,9	1,37	(0,97 -1,94)
20 a 29 anos	104	37,1	308125	45,2	1,00	-
30 a 39 anos	105	37,5	246860	36,2	1,26	(0,96 – 1,65)
40 a 49 anos	24	8,6	25358	3,7	2,80	(1,80 – 4,37)
Raça/cor da pele						
Branca	90	32,4	254494	38,1	1,00	-
Preta	56	20,1	69698	10,4	2,27	(1,63 – 3,17)
Parda	132	47,5	344443	51,5	1,08	(0,83 – 1,42)
Escolaridade						
< 4 anos	34	12,5	13442	2,0	16,78	(10,07- 27,95)
4 a 7 anos	97	35,5	111574	16,8	5,77	(3,74 – 8,89)
8 a 11 anos	116	42,5	367455	55,3	2,09	(1,37 – 3,20)
12 anos e mais	26	9,5	172467	25,9	1,00	-
Raça/cor da pele e escolaridade						
Preta e < 8 anos	26	9,6	17361	2,7	10,40	(5,64 - 19,16)
Parda e < 8 anos	69	25,5	80822	12,4	5,93	(3,49 - 10,08)
Branca e < 8 anos	36	13,3	24653	3,8	10,14	(5,70 - 18,04)
Preta e 8 a 11 anos	23	8,5	40928	6,3	3,90	(2,08 - 7,03)
Parda e 8 a 11 anos	57	21,0	212032	32,5	1,87	(1,09 - 3,21)
Branca e 8 a 11 anos	35	12,9	108296	16,6	2,24	(1,26 - 4,00)
Preta e 12 anos ou mais	3	1,1	9418	1,4	2,21	(0,65 - 7,54)
Parda e 12 anos ou mais	5	1,8	41159	6,3	0,84	(0,31 - 2,29)
Branca e 12 anos ou mais	17	6,3	118016	18,1	1,00	-

*Excluídos ignorados.

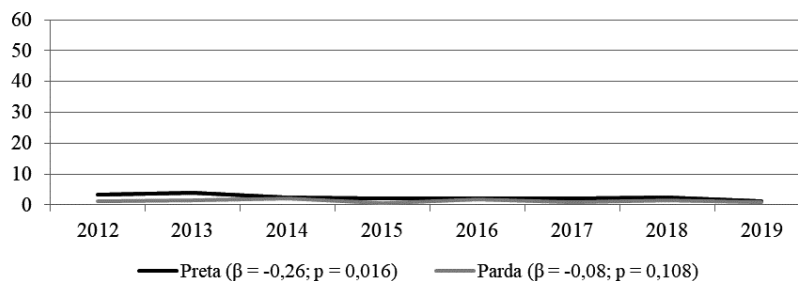
Fonte: elaborada pelas autoras.

Figura 3 - Tendência do risco relativo da razão de mortalidade materna por causas maternas diretas segundo faixa etária, raça/cor da pele e escolaridade em residentes do município do Rio de Janeiro, 2012 a 2019

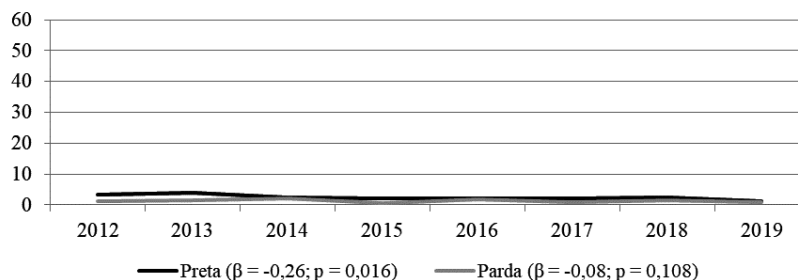
a) Faixa etária



b) Raça/cor da pele



c) Escolaridade



Fonte: elaborada pelas autoras.

Esses resultados sinalizam que a escolaridade é um fator protetor contra a mortalidade materna. A escolaridade tem melhorado no país, em particular para

as mulheres, mas ainda é mais baixa para as pessoas negras em relação às brancas, que também apresentam maior percentual de atraso e evasão escolar (IBGE, 2019). A assistência pré-natal e obstétrica adequada, contudo, é fundamental para prevenção da mortalidade materna. A Pesquisa Nascer no Brasil identificou que as mulheres negras apresentaram maior chance de terem um pré-natal inadequado e ausência de acompanhante no parto em relação às brancas, e também falta de vinculação à maternidade, peregrinação para o parto e menos uso de anestesia local (Leal *et al.*, 2017). Estudo realizado no município do Rio de Janeiro constatou que quase 70% da assistência pré-natal, dentre as gestantes entrevistadas, foi inadequada em 2007 e 2008, sendo que 74,1% das mulheres da amostra eram negras (Domingues *et al.*, 2012).

Os resultados encontrados, entretanto, podem estar subestimados, pois falhas de preenchimento da declaração de nascido vivo e de óbito podem decorrer da falta de clareza nos manuais, multiplicidade de profissionais responsáveis pela emissão dessas declarações, maior interesse em algumas variáveis em detrimento de outras e prontuários incompletos. Esses sistemas de informação, embora se identifiquem avanços na cobertura, preenchimento e consistência, ainda necessitam de melhorias na caracterização dos desfechos, em particular a declaração de óbito, gerando assim mais qualidade das informações de saúde, condição necessária para o sucesso de ações de saúde e eficaz alocação de recursos (Agranonik; Jung, 2019). O município do Rio de Janeiro, no entanto, tem apresentado um alto percentual de investigação de óbitos em mulheres em idade fértil, atingindo mais de 80% em 2010 e mais de 90% a partir de 2014 (Rio de Janeiro, 2021), o que pode ter contribuído para o aumento dos casos de mortalidade materna em função da melhoria da identificação, mas não explica a tendência de crescimento observada.

A mortalidade materna deve ser considerada uma prioridade na saúde do Rio de Janeiro com vistas à revisão das estratégias para sua diminuição. A saúde das mulheres negras possui muitos desafios, e dentre os mais importantes encontram-se considerar as necessidades específicas dessa população e adotar os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. Uma assistência pré-natal de qualidade, com uma frequência adequada de consultas com tempo para orientações e que pondere sobre suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente por conta do trabalho, propicia possibilidades maiores de rastreamento e condução de problemas em fases mais iniciais.

Referências

- AGRANONIK, M.; JUNG, R. O. Qualidade dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e sobre mortalidade no Rio Grande do Sul, Brasil, 2000 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1945-1958, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.19632017>. Acesso em: 16 out. 2019.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. *Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 565-576, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 25 jul. 2029.
- BRASIL. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 52, n. 29, p. 1-32, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf. Acesso em: 28 ago. 2022.
- BRASIL. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf. Acesso em: 21 jul. 2019.
- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/morei/Downloads/Politica%20nacional%20aten%C3%A7ao%20basica%20-%202012.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2019.
- BRASIL. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2 jun. 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a vigilância do óbito materno. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 jun. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html. Acesso em: 25 jul. 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 jun. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 out. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Acesso em: 28 ago. 2019.

BRASIL. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <https://vdocuments.pub/saude-da-familia-uma-estrategia-para-a-reorientacao-do-modelo-assistencial.html?page=5>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 28 ago. 2019.

CARVALHO, P. I. *et al.* Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 1-18, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000100005>. Acesso em: 28 ago. 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>. Acesso em: 25 out. 2019.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Portaria PR nº 05/2019*. Regulamenta a concessão de prorrogação de vigência de Bolsas outorgadas pela FAPESP em razão do advento de prole, revogando a Portaria PR nº 8, de 15 de

julho de 2015. São Paulo: FAPESP, 2019. Disponível em: <https://fapesp.br/12872/portaria-pr-no-052019>. Acesso em: 4 set. 2023.

GUIMARÃES, W. S. G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 1-13, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110417>. Acesso em: 25 set. 2019.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf. Acesso em: 25 set. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. *Objetivos do desenvolvimento sustentável*: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades: meta 3. Brasília, DF: Ipea, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em: 25 set. 2019.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Acesso em: 21 set. 2019.

MORAES, M. M. S. *et al.* Classificação de risco gestacional baseada no perfil de óbitos maternos 2008 a 2013 Porto Seguro, Bahia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000300012>. Acesso em: 22 set. 2019.

PINTO, L. F. *et al.* Sistemas Comparados de Saúde: Atenção Primária à Saúde nas cidades de Lisboa e do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 676-677, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.00202017>. Acesso em: 25 set. 2019.

RIBEIRO, D. A. *et al.* Mulheres negras e aborto: autonomia e liberdade. *Caderno Sisterhood*, Santo Antônio de Jesus, v. 1, n. 1, p. 8-121, 2016. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/index.php/negras/issue/view/52>. Acesso em: 25 set. 2019.

RIO DE JANEIRO. *Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/7972772/4250513/MortalidadeMaternanaMRJ29082019.pdf>. Acesso em: 27 set. 2019.

RIO DE JANEIRO. *Mortalidade Materna Proporcional e Percentual de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil investigados, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2020*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/04/4Grafico_MMP_Invest_2000_2020.pdf. Acesso em: 27 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)*. Geneve: WHO, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/153544/9789241508483_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 20 maio 2019.

Parte 4

EMPODERAMENTO POR MEIO DA EDUCAÇÃO E DAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO CONTRA A EXCLUSÃO SOCIAL

DO DIREITO À INFORMAÇÃO À EDUCAÇÃO INTEGRAL NA ADOLESCÊNCIA

o ensino de reprodução humana no Brasil

Beatriz dos Santos Melo

Débora de Aguiar Lage

Ter espaços para dialogar sobre sexualidade, gênero e reprodução humana sob uma perspectiva pedagógica é um direito humano que, na maioria das vezes, não é devidamente assegurado em nosso cotidiano. Os direitos sexuais e reprodutivos de jovens e adultos ainda são tópicos muito disputados no campo político brasileiro (Gomes, 2021), de modo que mesmo após 30 anos de intensas discussões e avanços, ainda se perpetua uma enorme desigualdade de acesso a estes (Senapeschi; Vieira; Mariano, 2021), evidenciando a não garantia universal dos direitos humanos, os quais são atravessados por questões de classe, étnico-raciais, de gênero e de idade (Brandão; Cabral, 2021). Salienta-se que os direitos humanos “são um conjunto de leis ou princípios que regulam as relações sociais” (Díaz; Cabral; Santos, 2004, p. 7), isto é, são as normas criadas em cada sociedade para orientar a vida individual e coletiva em favor da dignidade humana, as quais são conquistadas por meio da constante mobilização e luta de diferentes categorias sociais que compõem a nossa sociedade (Fuziwara, 2013).

Apesar de todas as dificuldades e entraves existentes em relação aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, diversos documentos nacionais e internacionais, dos quais o Brasil é país signatário, trazem uma luz sobre como essas questões podem ser abordadas no cotidiano adolescente tanto por meio do campo da saúde como no campo da educação (Brasil, 2007, 2010, 2013a, 2013b, 2016). Segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Brasil, 2017), o primeiro direito fundamental relacionado às questões sexuais e reprodutivas que deve ser garantido desde a primeira infância é o direito à informação de qualidade cientificamente embasada, comprometido com a promoção da autonomia e da cidadania sexual de todos os indivíduos, respeitando suas limitações de idade e demais especificidades, pois a própria Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 227, reconhece que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, logo seus direitos são considerados também universais, indivisíveis e inter-relacionados. Atualmente, muito se tem avançado no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, que, a partir do emprego da perspectiva da justiça reprodutiva como ferramenta epistemológica, tornou possível refletir sobre novas abordagens de enfrentamento às iniquidades pertinentes à vida reprodutiva dos indivíduos (Sabô; Manchola, 2019). Nesse caso, também estão inseridas as vivências dos adolescentes, que são igualmente atravessadas por um conjunto complexo de opressões e hierarquias reprodutivas (Goes, 2019), principalmente por serem vistos socialmente de modo infantilizado e incapazes de desenvolverem autonomia sexual de modo gradual, sem uma tutela permanente dos adultos (Heilborn, 2012).

Por conta de todas as mudanças biopsicossociais relacionadas ao fenômeno da puberdade, junto às transformações trazidas pela entrada na fase da adolescência, a temática da reprodução humana é trazida como componente curricular por meio da Base Nacional Comum Curricular (BNCC), no segundo segmento do ensino fundamental da educação básica. Embora o avanço neoconservador em relação a temas como gênero e sexualidade tenham espalhado o pânico moral em relação à ocorrência de atividades de educação sexual nas escolas, a educação em sexualidade tem ganhado cada vez mais prestígio e espaço dentro do contexto escolar (Soares; Monteiro, 2019), oportunizando aos estudantes desenvolverem uma visão mais positiva da sexualidade durante o seu processo de formação integral dentro da instituição escolar (Figueiró, 2006). No Brasil, a educação em sexualidade, por muitas vezes, ganha visibilidade no espaço escolar por meio da abordagem de

conhecimentos biomédicos, tendo assim uma relação intrínseca com a educação em saúde, desde suas primeiras ocorrências no século XX (César, 2009).

A educação em saúde é um dos campos de ação mais bem consagrados nas políticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde no Brasil, de modo que sua articulação com o ensino em ciências tem gerado resultados positivos desde a primeira metade do século passado, se fazendo presente como conteúdos obrigatórios em diversos períodos da história da educação brasileira (Martins, 2019). Muitas são as possibilidades de atuação em educação em saúde dentro e fora dos espaços formais de ensino, sendo essas ações estratégicas, em muitos dos casos, baseadas na criação de oportunidades voltadas à construção e à disseminação de novos conhecimentos ligados à saúde individual e coletiva (Masson *et al.*, 2020), incluindo a saúde sexual e reprodutiva dos cidadãos. Essas duas dimensões da saúde dos indivíduos supracitadas podem ser garantidas e promovidas por meio da defesa e da expansão dos direitos sexuais e reprodutivos, que se configuram como parte dos direitos humanos de todos os indivíduos, independentemente da idade e do gênero (Carvalho *et al.*, 2012).

Com base no campo de atuação sociopolítica em direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens, se torna imprescindível que o ensino formal de conteúdos que dialogam com os direitos sexuais e reprodutivos possa ser ofertado nas escolas, ação garantida não somente por legislações do campo educacional, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e a BNCC, como também por diversos documentos do âmbito da saúde, sendo sempre reiterados pelo Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2009). Nesse contexto, é primordial reconhecer que a promoção da educação sexual nas escolas é um direito humano que precisa ser garantido em nosso país, levando como exemplo a sua obrigatoriedade e efetividade em outros países (Aires, 2021). Apesar de diversas pesquisas apontarem o quanto a sexualidade ainda hoje é limitada aos seus aspectos biológicos reprodutivistas (Silva; Souza, 2022), assuntos relacionados ao próprio campo da reprodução humana são invisibilizados no espaço escolar, ou lecionados de modo superficial e descontextualizados das reais demandas reprodutivas presentes em nossa sociedade (Slongo; Delizoicov, 2003). Para Altmann e Martins (2009), poucas são as informações significativas ofertadas aos estudantes, prejudicando o desenvolvimento saudável e responsável de uma autonomia reprodutiva, bem como de aspectos ligados à vivência de uma cidadania sexual, que realmente possa ser exercida de modo emancipatório (Moreira; Torres; Bezerra, 2016).

Diante desse panorama, perpetuado não somente por uma cultura colonialista repressora da sexualidade (Tessarioli, 2021), mas também por um cenário político reacionário atual (Severo; Gonçalves; Estrada, 2019), tivemos como grande agravante uma nova reforma do ensino médio que restringe mais ainda o debate sobre questões que envolvem os direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo para uma educação baseada em uma visão liberal de formação cidadã, que elimina conteúdos formativos imprescindíveis para a vida dos estudantes (Ferretti, 2018), como o debate sobre sexualidade, gênero e reprodução humana. Fundamentado nesse contexto sociopolítico, econômico e educacional, se torna eminente a necessidade de tomada de consciência sobre como o ensino de reprodução humana tem ocorrido na educação básica brasileira. Para uma análise mais complexa sobre o tema, propomos a realização de uma revisão integrativa, que reúne “dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular” (Souza; Silva; Carvalho, 2010, p. 2).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória, que possibilita maior contato com o objeto de estudo (Gil, 2007), do tipo bibliográfica, que tem como finalidade “colocar o pesquisador em contato com o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto” (Marconi; Lakatos, 2003, p. 183). A abordagem empregada nessa pesquisa foi do tipo qualitativa, a qual busca esclarecer os significados de determinados eventos a partir da correlação do sujeito com o objeto estudado (Willludwig, 2014).

A revisão integrativa teve início a partir da seguinte pergunta norteadora: “Como está o conhecimento científico brasileiro produzido sobre ensino de reprodução humana na educação básica nos últimos sete anos?”. A definição do tema central da pesquisa baseou-se em revisão prévia da literatura científica, visando um melhor entendimento sobre as lacunas de conhecimento que ainda precisam ser desenvolvidas. Em seguida, foram definidos como critérios de inclusão na pesquisa as publicações sobre o ensino de reprodução humana no segundo segmento do ensino fundamental e no ensino médio, utilizando como recorte temporal os trabalhos publicados entre o período de 2015 e 2022. Os dados foram coletados a partir das bases de dados: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde e Plataforma Scielo, utilizando as palavras-chave: “educação sexual”, “reprodução”,

“ensino”, “educação em saúde”, “escola” e “direitos reprodutivos” – todos os termos de acordo com as normas de descritores em ciências da saúde da Biblioteca Virtual de Saúde, incluindo resultados encontrados em inglês, português e espanhol.

Após a seleção dos trabalhos, estes foram organizados sistematicamente para a construção do processo reflexivo e a extração de dados de modo objetivo. Por fim, a última etapa metodológica dedicou-se à interpretação dos dados obtidos à luz do conhecimento científico atual, de modo a embasar a discussão dos resultados encontrados.

Resultados e discussão

Em um universo de 37.748 artigos sobre o tema, apenas 28 destes contemplaram os critérios de inclusão escolhidos para essa pesquisa, o que representa 0,07% da amostra, evidenciando uma parcela bastante inexpressiva de pesquisas que se debruçam sobre o ensino de reprodução humana no Brasil. A invisibilidade de se pensar criticamente sobre esse tema dentro do campo das pesquisas educacionais demonstra como a naturalização de uma abordagem predominantemente biomédica ainda é a regra dentro das instituições escolares, onde o ensino de reprodução humana se resume em abordar a anatomofisiologia dos órgãos reprodutores, o pincelar sobre os tipos de métodos contraceptivos existentes e a existência das tão temidas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), ignorando completamente os aspectos socioculturais, emocionais e políticos que envolvem a temática da reprodução humana (Furlani, 2017). Ainda no Brasil, só se é autorizado falar sobre o corpo, a sexualidade e suas temáticas subjacentes a partir de um olhar compreendido como neutro, o olhar médico que pretende disciplinar os indivíduos para um comportamento adequado, que se é esperado (Altmann, 2001).

Dessa forma, ao contrário do que é disseminado em mídias sociais e outros veículos de comunicação, o pânico moral em relação ao ensino de sexualidade nas escolas não extinguiu a abordagem de temáticas ligadas a esse campo, tendo como principais atores nessa disputa em defesa do ensino desses temas os pesquisadores acadêmicos, em parceria com professores regentes das escolas públicas e particulares brasileiras, além de diferentes profissionais da área da saúde, mostrando que toda opressão gera uma reação como resposta, trazendo resistências para continuidade da educação sexual nas escolas (Souza; Meyer; Santos, 2019). Apesar desse comportamento de resistência aos ataques reacionários contra conteúdos ligados

a questões sexuais e reprodutivas no ensino brasileiro, poucas foram as pesquisas publicadas que trouxessem uma abordagem integral da reprodução humana, principalmente no ensino de ciências e biologia, tendo a maioria dos trabalhos o foco do debate sobre métodos contraceptivos e gravidez na adolescência, reflexo de uma visão enviesada sobre o controle da capacidade reprodutiva dos adolescentes como uma solução para o problema social brasileiro definido como gravidez precoce (Heilborn, 2012).

Em relação aos dados mais relevantes encontrados nessa pesquisa, observou-se que a maior parte dos trabalhos (9 artigos), que corresponde a 28,6%, foi publicada no ano de 2021. Logo, apesar de ser um momento conturbado devido à pandemia da covid-19, esse período se destacou na publicação de relatos sobre atividades pedagógicas sobre a temática da reprodução humana, que muitas vezes ocorreram anteriormente ao período pandêmico ou abordavam as possibilidades de atuação de modo virtual dentro das disciplinas de biologia, revelando a tentativa de diversas escolas de adaptarem seus conteúdos programáticos para aulas que ocorriam de modo remoto por todo o Brasil.

A maioria dos trabalhos selecionados visaram o debate sobre o desenvolvimento embrionário após a fecundação e sobre questões relativas à contracepção, focando na apresentação de informações sobre o funcionamento dos métodos contraceptivos. Poucos foram os trabalhos que oportunizaram a possibilidade de diálogo aberto com os estudantes a partir de uma abordagem interdisciplinar, trazendo questões de gênero, raça, classe e até mesmo ambientais. Uma abordagem mais emancipatória foi observada no estudo de Machado e Miquelin (2016), que realizaram uma sequência didática sobre aborto a partir de atividades sob um viés histórico e social do tema. Outro destaque foi o trabalho de Pinheiro, Faria e Orlandi (2022), que desenvolveram uma sequência didática sobre anticoncepcionais sob uma perspectiva voltada para a educação sexual e ambiental, viabilizando um olhar mais global sobre o tema a partir do diálogo acerca dos impactos que os métodos contraceptivos hormonais podem trazer para o meio ambiente, evidenciando como a temática da contracepção não abarca somente temas ligados diretamente ao corpo humano (Fraguas *et al.*, 2021).

No que se refere à periodicidade, a maioria das atividades relatadas ocorreu de modo pontual na disciplina de Biologia e/ou Ciências. Dos 28 trabalhos, 19 artigos (67,9%) trataram de abordagens pontuais dentro de uma disciplina, 7 artigos (25%) relataram a ocorrência de sequências didáticas que, em média, ocorriam em

quatro aulas, e apenas 2 trabalhos (7,1%) ocorreram de modo continuado, tendo uma programação que abarcava todo o ano letivo dos estudantes. Segundo Doege e colaboradores (2022), atividades pontuais no campo da educação sexual não são muito efetivas, por não contribuírem continuamente com a criação de uma cultura de prevenção e autonomia sexual por parte dos estudantes. Nesse caso, ter um tempo dedicado à abordagem desse tema transversal é papel da escola. Com efeito, diversos autores têm reportado a importância da realização de atividades continuadas e de modo transversal, para que os estudantes possam ter uma formação integral dentro da temática da sexualidade para além dos conteúdos biológicos (Figueiró, 2012).

Os recursos didáticos mais utilizados durante as atividades relacionadas ao ensino de reprodução humana foram a aplicação de jogos e a realização de dinâmicas, sendo relatados em 35,7% dos trabalhos selecionados. O debate aberto sobre o tema, metodologia muito utilizada desde os primeiros trabalhos em ensino de sexualidade em larga escala produzidos no Brasil, foi observado em 21,4% dos trabalhos. Com efeito, essa estratégia metodológica estabelece espaços onde os estudantes, principalmente os adolescentes, se sintam confortáveis de demonstrar suas opiniões e dialogar sobre elas, oportunizando uma educação humanizada. Modelos didáticos, recursos audiovisuais, rodas de conversas, júri simulado, textos informativos e jornalísticos, *podcasts*, memes, maquetes, livros, estudos de casos e aulas expositivas dialogadas, bem como o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), como atividades que utilizam os celulares *smartphones*, também apareceram como recursos didáticos para o ensino de reprodução humana. Com efeito, o uso de TICs foi decisivo para a continuidade das atividades escolares durante o período pandêmico (Arruda; Siqueira, 2021). Contudo, as atividades propostas não foram bem aproveitadas, trazendo pouco engajamento dos alunos devido uma abordagem mais tradicional e biologicista da reprodução humana.

Nesse contexto, o emprego de metodologias alternativas ao ensino tradicional possibilitam uma participação mais ativa dos estudantes, fenômeno que segue uma tendência generalizada do campo educacional no Brasil (Santos *et al.*, 2020). Além disso, Santos e colaboradores (2020) complementam que o uso de ferramentas pedagógicas variadas auxilia no processo educativo, possibilitando múltiplas experiências que podem compor as vivências dos estudantes na apropriação dos conteúdos trabalhados. Deve-se destacar aqui um artigo sobre o uso de palestras em educação sexual que corroborou a baixa eficácia dessa estratégia,

que não produz resultados relevantes por seguir uma lógica de educação bancária em que os estudantes são meros participantes passivos, não tendo oportunidade de colaborar na construção de novos conhecimentos sobre sexualidade e reprodução (Nunes *et al.*, 2021).

Dentre os subtemas trabalhados dentro do conteúdo de reprodução humana, a temática predominante na maioria das atividades – presente em 60,7% dos artigos – foi relacionada à saúde sexual, mas especificamente ligada à prevenção das ISTs. Esse resultado vai ao encontro do progresso das políticas públicas em educação em saúde, em que o debate sobre HIV e demais ISTs se tornou conteúdo programático dentro da educação básica, tanto no segundo segmento do ensino fundamental como no ensino médio. A abordagem preventista, focada nos potenciais riscos do exercício da sexualidade (ISTs e gravidez), ainda é o discurso que mais se encontra dentro das escolas e nas unidades de saúde. Os subtemas “métodos contraceptivos”, “anatomofisiologia sexual” e “gravidez na adolescência” estiveram presentes em 50%, 46,4% e 39,3% das atividades promovidas. Desse modo, pode-se inferir que o conteúdo normativo sobre reprodução humana, que inclui o ensino dos processos reprodutivos (puberdade, fisiologia reprodutiva e fecundação) e o desenvolvimento embrionário, ainda é frequente nas escolas, porém a partir de práticas tradicionais, tendo a aula expositiva como metodologia padrão no cotidiano escolar. Sendo assim, os temas principais que envolvem a reprodução humana continuam sendo ensinados de modo conteudista, em que a memorização de vocabulários específicos se torna mais relevante do que uma aprendizagem capaz de proporcionar subsídios para o desenvolvimento de uma autonomia reprodutiva dos adolescentes.

Apenas 3 dos 28 trabalhos selecionados abordaram sobre os direitos reprodutivos dos adolescentes, informações que são imprescindíveis e constituem direitos humanos dos estudantes, uma vez que o acesso à educação integral inclui a apropriação de conhecimentos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos de cada fase da vida. Dessa forma, os resultados obtidos nessa pesquisa vão ao encontro da literatura científica da área, em que se evidencia que ainda hoje os adolescentes não são considerados sujeitos de direitos, o que torna essa população muito mais vulnerável por falta de acesso à informação por parte da família, da escola e também das unidades de saúde, que se recusam a atendê-los quando as demandas são voltadas para sua vida reprodutiva (Heilborn, 2012).

Em 75% dos artigos, as atividades foram mediadas por pesquisadores provenientes de centros de pesquisas em educação e ensino de ciências, como universidades

públicas e instituições tecnológicas. Desse modo, em 21 trabalhos foram relatadas atividades proporcionadas por mediadores que não compõem a comunidade escolar, trazendo recursos não só didáticos como humanos para a execução das atividades, principalmente em busca de aprimorar suas ferramentas pedagógicas que são desenvolvidas dentro do ensino superior. A comunicação entre as universidades e a educação básica apresenta um grande potencial, em que as demandas do chão da escola podem ser atendidas e visibilizadas por parte da comunidade universitária, principalmente por meio de projetos de extensão e do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência (Pibid). Em 4 trabalhos foram relatadas atividades desenvolvidas por licenciandos bolsistas do Pibid, em que a interdisciplinaridade foi um grande destaque no desenvolvimento das oficinas. Apenas em 2 trabalhos o autor era também professor regente das turmas, situação que deveria ser mais incentivada, para que professores do ensino básico possam promover práticas docentes alternativas com suas turmas e relatar criticamente sobre o seu cotidiano escolar, trazendo suas contribuições científicas para o campo da educação.

Outro apontamento importante sobre os dados coletados pode ser feito a partir de uma análise de gênero. A maioria dos artigos conta com a autoria de pesquisadoras mulheres, estas tendo um papel fundamental na valorização da abordagem de questões reprodutivas dentro do espaço escolar. Esse compromisso assumido pelas mulheres em relação ao debate sobre reprodução humana nas escolas pode ser compreendido a partir de um olhar histórico e político sobre como os direitos reprodutivos ainda são demandas urgentes dentro do cotidiano feminino, devido a todo machismo que ainda coloca sobre o público feminino a responsabilidade com a contracepção e com as questões relativas à gravidez e ao cuidado dos filhos (Lima; Bonatto, 2019).

Dentre as motivações que levaram ao planejamento e execução das atividades dentro das temáticas de reprodução humana, observamos em 28,6% dos artigos a necessidade de testagem de recursos didáticos para aprimoramento de ferramentas dentro do ensino de reprodução (principalmente jogos e dinâmicas). A solicitação das escolas na abordagem sobre gravidez na adolescência foi observada em 21,4% dos trabalhos, demanda essa que, muitas vezes, foi acolhida pelos licenciandos e coordenadores dos projetos Pibid que já atuavam dentro dessas instituições escolares. Tal fato é o reflexo da falta de formação inicial e continuada adequada, que faz com que muitos docentes se sintam despreparados para terem iniciativas próprias em planejar e executar projetos escolares que abordem temáticas ligadas à

sexualidade humana, além de todo o pânico moral propagado em cenário nacional sobre a educação sexual escolar ser considerada ilegítima por uma parte conservadora da população, resultando em professores cada vez mais receosos de abordar esses temas em sala de aula e sofrerem perseguições e ameaças (Silva; Niz, 2019).

Considerações finais

O presente capítulo revelou que, ainda hoje, as escolas brasileiras optam por um ensino biologizante dos conteúdos relacionados à reprodução humana, dentro de parâmetros cisheteronormativos, ignorando as especificidades culturais, históricas, psicossociais e políticas desse tema na vida dos estudantes. Oportunizar um ensino em sexualidade de qualidade, amplo e adequado para sua faixa etária, faz parte não só do que é pautado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica, como é também aconselhado pela BNCC, que orienta que os conteúdos programáticos possam ser abordados a partir de diferentes metodologias, incluindo recursos didáticos que melhorem a experiência de ensino-aprendizagem dos estudantes.

Atividades propostas tanto pelas unidades de saúde quanto pelas universidades se fazem bastante presentes e decisivas na abordagem dos direitos reprodutivos dos adolescentes dentro do espaço escolar, sendo esse trabalho compartilhado entre escola e instituições de saúde, de ensino, pesquisa e extensão fundamentais para o avanço no debate sobre autonomia reprodutiva. Em relação aos diferentes recursos pedagógicos e tipos de abordagem, nota-se um avanço na percepção de professores, a necessidade de priorizar atividades que privilegiem um debate aberto com os estudantes, de modo que estes possam ter uma participação ativa nas atividades e possam se tornar multiplicadores de conhecimentos ligados às questões reprodutivas.

Por fim, torna-se evidente a necessidade de mais pesquisas futuras em que se possa ser analisado um maior período temporal em relação ao ensino de reprodução humana, além de maior atenção às mudanças curriculares do ensino médio, que podem dificultar o direito dos adolescentes de terem uma educação sexual de qualidade dentro do espaço escolar durante o ensino médio. Nesse contexto, espera-se que o ensino de reprodução humana no Brasil possa avançar nos próximos anos, crença que se baseia na qualidade das instituições públicas de ensino superior do país, que, por meio de atividades extensionistas e de projetos de iniciação

à docência, vêm oportunizando um maior aprimoramento da formação inicial docente em relação aos temas que envolvem a sexualidade humana. Portanto, é a partir do direito à informação que estudantes podem ter assegurado o acesso a um processo educativo mais integral, que contemple mais especificidades de suas vivências sexuais e reprodutivas no Brasil.

Referências

- AIRES, C. D. Educação sexual: um direito humano: leis vigentes na Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. *Revista de la Facultad de Derecho*, Montevideo, v. 116, n. 50, p. 1-23, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22187/rfd2021n50a16>. Acesso em: 10 dez. 2022.
- ALTMANN, H. Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, p. 575-585, 2001.
- ALTMANN, H.; MARTINS, C. J. Educação sexual: ética, liberdade e autonomia. *Educar em Revista*, Curitiba, n. 35, p. 63-80, 2009. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/er/n35/n35a06.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- ARRUDA, J. S.; SIQUEIRA, L. M. R. C. Metodologias Ativas, Ensino Híbrido e os Artefatos Digitais: sala de aula em tempos de pandemia. *Práticas Educativas, Memórias e Oralidades*, Fortaleza, v. 3, n. 1, 2020. Não paginado. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revpemo/article/view/4292>. Acesso em: 15 jan. 2023.
- BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2673-2682, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08322021>. Acesso em: 8 fev. 2023.
- BRASIL. *Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf. Acesso em: 5 mar. 2023.
- BRASIL. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 23 jun. 2022.

BRASIL. *Nota pública do CONANDA sobre direitos sexuais de crianças e adolescentes*. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/notas-publicas-1/nota-publica-sobre-direitos-sexuais-de-criancas-e-adolescentes_14_12_2017.pdf. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. *O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub_sus.pdf. Acesso em: 11 maio 2022.

BRASIL. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 11 maio 2019.

CARVALHO, C. S. *et al.* Direitos sexuais de crianças e adolescentes: avanços e entraves. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 69-88, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100006>. Acesso em: 15 set. 2022.

CÉSAR, M. R. A. Gênero, sexualidade e educação: notas para uma “Epistemologia”. *Educar em Revista*, Curitiba, n. 35, p. 37-51, 2009.

DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M. T. A. (ed.). *Afinal, que paz queremos?*. Lavras: Editora UFLA, 2004. p. 45-70.

DOEGE, H. *et al.* Educação sexual e reprodutiva: percepções de adolescentes e profissionais de saúde e educação. *Revista Thema*, Pelotas, v. 21, n. 1, p. 115-129, 2022.

FERRETTI, C. J. A reforma do Ensino Médio e sua questionável concepção de qualidade da educação. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 32, n. 93, p. 25-42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180028>. Acesso em: 12 mar. 2023.

FIGUEIRÓ, M. N. D. Educação sexual: como ensinar no espaço da escola. *Revista Linhas*, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 1-21, 2006. Disponível em: <https://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1323>. Acesso em: 20 abr. 2020.

FIGUEIRÓ, M. N. D. Repensando a Educação Sexual enquanto tema transversal. *Cadernos de Educação*, Pelotas, n. 19, p. 65-82, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/caduc.v0i19.1442>. Acesso em: 30 abr. 2020.

FRAGUAS, T. *et al.* O tema da gravidez na adolescência em uma feira de ciências: Contraceptivos, responsabilidades e impactos ambientais causados por uma criança.

Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 4, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14353>. Acesso em: 16 nov. 2022.

FURLANI, J. *Educação sexual na sala de aula: relações de gênero, orientação sexual e igualdade étnico-racial numa proposta de respeito às diferenças*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

FUZIWARA, A. S. Lutas Sociais e Direitos Humanos da criança e do adolescente: uma necessária articulação. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 115, p. 527-543, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000300007>. Acesso em: 5 nov. 2022.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOES, E. Legalização do aborto com enfrentamento ao racismo: as mulheres negras querem justiça reprodutiva. In: BARONE A.; BARROS, B. (org.). *Sangrias*. Vitória: Pedregulho, 2019. p. 40-50. Disponível em: <http://bit.ly/livrosangrias>. Acesso em: 5 nov. 2022.

GOMES, J. C. A. Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 1-33, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6172202136>. Acesso em: 18 nov. 2022.

HEILBORN, M. L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 57-68, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652012000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2018.

LIMA, J. C. C.; BONATTO, M. O Retrocesso Constitucional e os Direitos Reprodutivos: o cerceamento da participação política da mulher por vias constitucionais. *Resenha Eleitoral*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 263-278, 2019. Disponível em: <https://revistaresenha.emnuvens.com.br/revista/article/view/119>. Acesso em: 16 jul. 2021.

MACHADO, E. F.; MIQUELIN, A. F. Sequência didática para o ensino-aprendizagem da temática do aborto no ensino fundamental. *Revista Práxis*, Volta Redonda, v. 8, n. 16, p. 95-103, 2016. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/718>. Acesso em: 20 set. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos da Metodologia Científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, I. Educação em Ciências e Educação em Saúde: breves apontamentos sobre histórias, práticas e possibilidades de articulação. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 25, n. 2, p. 269-275, 2019.

MASSON, L. N. *et al.* A educação crítica em saúde como ferramenta de empoderamento de adolescentes escolares diante de suas vulnerabilidades em saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 24, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200023>. Acesso em: 14 ago. 2022.

MOREIRA, M. F. S.; TORRES, T. L. M.; BEZERRA, M. G. C. Direitos e autonomia reprodutiva na educação em sexualidade para a juventude: uma análise das ações do ensino superior e ONGS. *ORG & DEMO*, Marília, v. 17, n. 1, p. 101-120, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/1519-0110.2016.v17n1.07.p101>. Acesso em: 10 ago. 2022.

NUNES, E. A. *et al.* Educação sexual na adolescência: abordagem das infecções sexualmente transmissíveis. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, Mumbai, v. 2, p. 9340-9348, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28763>. Acesso em: 7 set. 2022.

PINHEIRO, E. O.; FARIA, F. L.; ORLANDI, R. O Ensino de Química Voltado à Educação Sexual e Ambiental a partir da Temática dos Anticoncepcionais. *Revista Debates em Ensino de Química*, Recife, v. 8, n. 1, p. 39-55, 2022. Disponível em: <https://www.journals.ufrpe.br/index.php/REDEQUIM/article/view/5024>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SABÔ, B.; MANCHOLA, C. Bioética de intervenção, direitos humanos e justiça reprodutiva. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 14, p. 17, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/24124>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SANTOS, I. *et al.* O uso de metodologias ativas no ensino de ciências: um estudo de revisão sistemática. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, Porto, v. 24, n. 3, p. 69-91, 2020.

SENAPESCHI, E. M.; VIEIRA, P.; MARIANO, S. A. Aborto legal, direitos sexuais e reprodutivos na pandemia de covid-19 no Brasil. *Revista Feminismos*, Salvador, v. 9, n. 1, p. 206-228, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/42688>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SEVERO, R. G.; GONÇALVES, S. R. V.; ESTRADA, R. D. A rede de difusão do movimento Escola Sem Partido no Facebook e Instagram: conservadorismo e reacionarismo na conjuntura brasileira. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 1-28, 2019.

SILVA, E. F.; SOUZA, E. J. Inter/transdisciplinaridade e Educação Sexual no ensino de Biologia: Problematizações a partir da Base Nacional Comum Curricular (BNCC). *Educação, Sociedade & Culturas*, Porto, n. 63, p. 1-21, 2022. Disponível em: <https://www.up.pt/journals/index.php/esc-ciie/article/view/593>. Acesso em: 15 abr. 2023.

- SILVA, S. R.; NIZ, K. B. Reflexões sobre os estudos de gênero e educação sexual no processo educativo: entre a censura, o conservadorismo e o senso comum. *Revista Jamaxi*, Rio Branco, v. 3, n. 2, p. 41-42, 2019. Disponível em: <https://teste-periodicos.ufac.br/index.php/jamaxi/article/view/3307>. Acesso em: 17 maio 2022.
- SLONGO, I. I. P.; DELIZOICOV, D. Reprodução Humana: abordagem histórica na formação dos professores de biologia. *Contrapontos*, Itajaí, v. 3, p. 435-447, 2003.
- SOARES, Z. P.; MONTEIRO, S. S. Formação de professores/as em gênero e sexualidade: possibilidades e desafios. *Educar em Revista*, Curitiba, v. 35, n. 73, p. 287-305, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.61432>. Acesso em: 18 maio 2022.
- SOUZA, E. J.; MEYER, D. E. E.; SANTOS, C. Educação Sexual no currículo de biologia: entre resistências e enfrentamentos à “ideologia de gênero”. *Currículo sem Fronteiras*, Braga, v. 19, n. 2, p. 770-788, 2019. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c682/8048f5b41e50cbb630dd82f7fe0939a10c73.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2022.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010.
- TESSARIOLI, G. M. S. Importância social da educação em sexualidade no contexto brasileiro. BIS. *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 47-57, 2021. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/38599>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- WILLUDWIG, A. C. Métodos de Pesquisa em Educação. *Revista Temas em Educação*, João Pessoa, v. 23, n. 2, p. 204-233, 2014.

TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO DECOLONIAIS

desafios para o *design* nas perspectivas interseccionais e
feministas na Interação-Humano-Algoritmo (IHC)

Elen Nas

Renata Frade

Introdução: entendendo os riscos

Antes que fossem propriamente entendidos os riscos humanos nas aplicações de Inteligência Artificial (IA), as grandes extrações de dados que compuseram o que se chamou de *big data* representavam estruturas organizadas por meio de algoritmos, em que a qualidade, representatividade e significação social dos dados passavam de forma acrítica nos ambientes de produção (o “*design* do produto”) e programação.

Sendo a Interação Humano-Computador feminista (IHC Feminista) uma abordagem interdisciplinar, em que os princípios do feminismo são aplicados ao campo da Interação Humano-Computador (IHC), apresentamos nesta introdução algumas notas a respeito dos vieses recorrentes nas aplicações de IA que, direta ou indiretamente, dizem respeito à IHC.

Porque a IHC é uma área do *design* que avalia a implementação de sistemas de computação interativos, a abordagem multidisciplinar é necessária. Contudo, se a IHC foca no estudo das interações dos humanos com os sistemas computacionais, embarcados em dispositivos e *softwares*, o conceito universalizado de “humanos” apresenta problemas, desde que tende a excluir os mesmos humanos que não possuíam cidadania plena na tradição humanista evocada pelo contrato social.

A universalização das características e necessidades humanas tende a limitar a compreensão sobre usabilidade e a experiência geral do usuário, criando e perpetuando vieses não inclusivos.

Projetar interfaces para facilitar as interações de modo eficaz por meio da compreensão do comportamento humano requer entender de que formas tais comportamentos são interpretados.

A IHC feminista buscar adicionar uma abordagem crítica sobre como os sistemas são concebidos e utilizados, apontando que o desenvolvimento das tecnologias perpetua desigualdades de gênero e desafia as demandas gerais por igualdade, reforçando os desequilíbrios estruturais que são resultantes de condicionamentos históricos e culturais.

Dentro da discussão sobre os problemas políticos apresentados pela IA, a pesquisadora vinculada à Universidade do Sul da Califórnia (USC), Kate Crawford, aponta que treinar uma IA para reconhecimento de imagens para atividades humanas com filmes de Hollywood pode apenas resultar em vieses de gênero e raça, representando mulheres na cozinha, cuidando da casa e dos filhos, e homens em situação de luta (The Royal Society, 2018).

Ao utilizar dados que reproduzem os fortes preconceitos e segregações do passado e de uma indústria cultural que exagera em estereótipos, raramente pessoas não brancas estarão em um protagonismo que enalteça suas virtudes e valores. Abrir para o entendimento crítico sobre as infraestruturas de dados vem ampliando a percepção de que os modos de treinamento do sistema importam muito mais do que se poderia supor.

A matemática e ativista Cathy O’Neal atentou-se para o problema quando uma amiga lhe procurou para buscar entender por que o *software* adquirido pela Prefeitura de Nova York, com a finalidade de indicar, entre os docentes, os de melhor ou pior desempenho – de modo a favorecer a decisão sobre quem deveria ser dispensado –, fez com que ela perdesse o emprego.

O’Neal – que antes havia trabalhado como analista da empresa de gestão de investimentos D.E. Shaw & Co – demonstrou como a lógica do mercado financeiro e os dados bancários dos indivíduos influenciavam os algoritmos para classificar as pessoas em outros contextos – como no seguro de automóveis – e como tais classificações se estendiam em diversas esferas para medir os níveis de confiabilidade de uma pessoa, mesmo em uma situação profissional.

No caso da sua amiga, assim como outros que foram apontados para serem dispensados, havia em comum um histórico de vida mais precarizada, com moradias em bairros mais pobres, normalmente onde estão pessoas negras, latinas e outros imigrantes.

O’Neal apontou que a falta de transparência e da necessidade de prestar contas tornavam esses sistemas perigosos para o aumento da exclusão, preconceitos e injustiças.

Ela demonstrou como o uso de Índice de Massa Corporal (IMC) como um determinante sobre que empregados poderiam ter a cobertura do seguro saúde pelo empregador criou um viés sexista e racial, quando as mulheres negras têm estruturas corpóreas diferentes e costumam em grande parte ultrapassar os valores estabelecidos pelo IMC.

Nos exemplos oferecidos pela ProPublica (Angwin, 2016), os vieses se apresentam de maneiras diversas. Um dos aspectos é que mesmo as variáveis que aparentemente não tratam de questões raciais – como vulnerabilidade financeira, por exemplo – acabam sendo um recorte para selecionar as pessoas negras e outros grupos desprivilegiados. No caso de *softwares* direcionados para prever a possibilidade de uma pessoa reincidir na prática de um ato ilegal, variáveis como pobreza, desemprego e marginalização social são determinantes para o resultado de uma pontuação negativa e, por razões de desigualdade estrutural e racismo, essas características estão mais presentes na população negra.

Desse modo, quando se pensa em desenvolver uma “IA responsável”, os temas da decolonialidade, justiça no *design* (*Design Justice*) e IHC feminista convergem dentro de um campo crítico voltado a fornecer elementos reflexivos sobre o que deve ser levado em consideração, do ponto de vista ético e bioético, para o desenvolvimento de tecnologias emergentes, tais como a IA.

Design feminista na IHC

Apresentando preliminarmente alguns conceitos, a computação pós-colonial (*Post-colonial Computing*) tem como foco as questões de poder, autoridade, legitimidade, participação e inteligibilidade nos contextos de encontro cultural advindos da globalização contemporânea. A IHC interseccional (*Intersectional HCI*) é uma estrutura relacionada com a complexidade das identidades dos usuários e autores e como situar essas identidades em contexto. O *design* antiopressivo (*Anti-oppressive design*) está preocupado não apenas com a teoria e o método do *design* em si, mas também em que domínios e ambiente ele é realizado (Smyth; Dimond, 2014). O *Design Justice* observa as maneiras como o *design* é reproduzido, buscando desafiar a matriz de dominação (supremacia branca, heteropatriarcado, capitalismo e colonialismo) (Pincus, 2016).

A IHC feminista busca analisar como as dinâmicas embutidas nos sistemas computacionais refletem os modos de subordinação de gênero e as injustiças contra as mulheres, apresentando a crítica de que a IHC tende a manter uma cumplicidade sobre o sexismo estrutural, facilitando sua perpetuação. Assim, o desafio da IHC feminista é reformular as questões de IHC relacionadas ao gênero de maneiras novas e generosas (Bardzell; Bardzell, 2015).

Tabela 1 - Segunda e terceira fases do feminismo e implicações com o desenvolvimento da IHC

	Segunda onda feminista	Terceira onda feminista
Elementos emancipatórios	Igualdade de acesso, realização individual, participação democrática, empoderamento.	Gênero como <i>performance</i> , binários <i>queering</i> , teorias ricas de identidade, extensão do feminismo a todos os povos marginalizados.
Aplicável à IHC	Altamente compatível com temas e valores existentes amplamente expressos em toda a IHC; fácil de justificar como uma contribuição para a IHC.	Conecta-se bem à computação social e aos mundos virtuais, liga o feminismo a outros discursos políticos da IHC, incluindo Science Technology Studies.
Desvantagens para a IHC	Limitado pelos compromissos com o essencialismo de gênero; perde os <i>insights</i> do feminismo da terceira onda; impulso emancipatório limitado ao gênero.	O seu pós-modernismo radical provavelmente alienará alguns profissionais de IHC, ligando-se aos principais métodos de investigação de IHC.

Fonte: Bardzell e Bardzell (2015, p. 133).

Apesar da conexão original com as ciências sociais de ambos os domínios científicos, o momento histórico da terceira fase da IHC representa um maior despertar na evolução de teorias do feminismo tecnológico, oferecendo novos *insights* para os

desenvolvimentos de IHC. Essas fases convergem em um momento histórico em que há o surgimento e expansão da *web*, na popularização do uso de tecnologias em dispositivos e programas computacionais, *desktops*, celulares e internet das coisas. Nesse contexto aparece uma abertura para análises culturais na IHC, que foi ao encontro de temas já existentes no feminismo, como identidade, subjetividade, sociabilidade, experiência, diferença cultural e mudança social e ativismo. Assim, a IHC emprestou e inovou em epistemologias e metodologias de pesquisa e *design*, como as humanidades. Nas últimas duas décadas, o feminismo também se tornou parte do discurso nas áreas de trabalho cooperativo com suporte de computador e *design* sociotécnico (Bardzell *et al.*, 2011).

Bardzell e Bardzell (2011) afirmam que o feminismo não é investigação de gênero e IHC feminista não é o mesmo que pensar gênero e computação. “Computação & gênero” é um domínio de investigação técnico, desde que procura entender como os diferentes gêneros interagem com os computadores (Pincus, 2016), enquanto a ciência social feminista é caracterizada por um corpo de teorias e metodologias – historicamente alcançadas por meio de questionamentos baseados nas experiências das mulheres, incentivando a participação das mulheres na computação, cultura *maker* e em *hackerspaces*.

A IHC de terceira fase compreende que a ubiquidade dos sistemas computacionais traz complexidades em que a vida profissional e pessoal se interpenetram. Desse modo, os indivíduos são chamados a se envolver no processo de *design* pela experiência, ressignificando funções que extrapolam os objetivos do *design* projetado inicialmente. A IHC integrada a uma agenda feminista é caracterizada pela interdisciplinaridade (Radzikowska *et al.*, 2019).

A IHC feminista agregou ao *design* avaliações sobre os sistemas interativos considerando a sensibilidade aos compromissos centrais do feminismo, tais como autonomia, respeito à diversidade e identidades, equidade, empoderamento e justiça social. Ela se desenvolve a partir da teoria do ponto de vista (*Feminist Standpoint Theory*) para valorizar explicitamente as perspectivas marginais (D’Ignazio; Klein, 2016). Um trabalho pioneiro nesse campo é o da professora de Ciências da Informação e Tecnologia da Pennsylvania State University, Shaowen Bardzell (2010). Ela propõe que a teoria seja crítica aos conceitos operacionais centrais da IHC, de modo que suposições e epistemologias se modifiquem para novas concepções de futuro; que a metodologia deve incorporar feminismo na pesquisa do usuário e do *design* de interação, de modo a ampliar seu repertório para diferentes contextos e

situações; que a pesquisa do usuário seja atualizada para refletir o gênero de uma forma perceptível e direta; que a avaliação do feminismo pode ajudar a tornar visíveis as maneiras pelas quais os *designs* configuram os usuários como sujeitos sociais/de gênero – buscando entender quais implicações essas configurações têm para o trabalho de *design* (Bardzell, 2010).

Bardzell (2010) argumenta que a teoria representa formas de conhecimento que estão socialmente situadas, desde que são intrínsecas a atos de poder. Desde que as mulheres detêm e produzem conhecimentos de maneira diferente das dos homens, incluir seus pontos de vista e experiências é um ponto de partida alternativo para ressignificar as expectativas culturais e convenções baseadas em um heteropatriarcalismo que limita as mulheres a certos papéis e ao acesso diferenciado aos recursos.

O *Feminist Standpoint Theory* é resultante da confirmação de que as mesmas relações de poder e dominação que comandam divisões de trabalho e sistemas de desenvolvimento de tecnologia influenciaram sistemas de conhecimento (Poole, 2014). “Se supormos que todo conhecimento está socialmente situado, e toda produção de conhecimento enredada em atos de poder, todo projeto deve se revelar na percepção dos usuários e posicionalidade de projetistas” (Radzikowska *et al.*, 2019, p. 107).

As proposições teóricas e metodológicas da IHC feminista têm muito a contribuir para os países do Sul Global como o Brasil, desde que a desigualdade social, econômica, cultural e de oportunidades de trabalho afetam grande parte da população e vêm a requerer grande consciência para os desenvolvimentos tecnológicos que envolvem IHC.

Diversas causas defendidas por comunidades femininas brasileiras em tecnologia – como elaboração e defesa de políticas de acesso a mulheres em tecnologia, sobretudo negras, indígenas e LGBTQIAPN¹ – partem do ponto de vista de uma expressiva camada populacional marginalizada por toda a cadeia responsável por levar tecnologia à sociedade. Desde entidades governamentais, empresas, instituições educacionais, veículos de imprensa e formadores de opinião *on-line*, a tecnologia é, em grande maioria, concebida, desenvolvida e consumida sob a

1 LGBTQIAPN+: Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticos/Agênero, Pansexuais/Polissexuais/Panromânticos, Não Binários e muito mais.

perspectiva dominante do homem branco do Norte Global heterossexual (e) com maior poder aquisitivo.

Incorporar elementos conceituais da IHC feminista significa ampliar a universalidade de tecnologias para mulheres, diminuir desigualdades, fortalecer a diversidade e inclusão; assim como estimular a formação de novas programadoras e usuárias de todas as idades.

Propõe-se refletir sobre alguns aspectos da fenomenologia da interação baseadas na percepção e ponto de vista das mulheres. Na medida em que tais interações moldam a existência – pois determinam modos e contextos sobre como se relacionar com as tecnologias (os dispositivos, *softwares* e aplicativos) –, elas não apenas impactam as visões de mundo individuais, como também a coletividade, fazendo com que as relações intersubjetivas se influenciem mutuamente por meio de uma comunicação mediada por sistemas de informação e dispositivos que refletem *designs*. Engajar usuários tem sido uma tarefa constante da IHC, mas buscar engajamento de maneira consciente e responsável é uma ação a ser conquistada e refletida nos processos de criação das tecnologias.

Desse modo, não apenas a IHC feminista, mas outras concepções de metodologias mais inclusivas, como *Post-colonial Computing*, *Intersectional HCI*, *Anti-oppressive design* e o *Design Justice*, propõem observar como a tecnologia poderá ser construída e pesquisada de modo a garantir inteligibilidade sobre identidades, culturas, diferenças e territórios sem repetição de estereótipos.

Dimond (2012, p. 13) desenvolveu um trabalho no qual analisa uma comunidade feminina, Hollaback!, aplicando os conceitos da IHC feminista como apresentados por Bardzell & Bardzell, seguindo os seguintes princípios:

- Autorrevelação (*Self-Disclosure*): extensão em que o *design* da tecnologia é transparente sobre a forma como afeta aqueles que a usam;
- Pluralismo: rejeita a abordagem de que um *design* serve para todos;
- Advocacia: a pesquisa e o *design* feministas de IHC trabalham para a emancipação política. Pesquisadores e *designers* devem questionar sua posição e o que constitui tal emancipação;
- Ecologia: enfatiza os efeitos materiais que um artefato projetado tem na vida social e como o artefato pode projetar reflexivamente aqueles que o usam;

- Modalidade: a qualidade da corporificação expande o *design* de interação para considerar semelhanças e diferenças de gênero, identidade de gênero, sexualidade, prazer, desejo e emoção;
- Participação: valorização dos processos participativos na concepção e avaliação de artefatos técnicos.

Radzikowska e demais autores (2019) propuseram uma estrutura especulativa feminista para o *design*. O objetivo do projeto é pensar como o *design* pode servir a problemas complexos do mundo real, construídos em estruturas de instituições e corporações que impõem autoridade a pessoas com poder limitado. Os autores defendem a posição de Bardzell e Bardzell no desenvolvimento de um *design* que atenda às necessidades de computação sem perpetuar a marginalização de mulheres e de qualquer outro grupo relacionado à tecnologia; acreditam que uma postura e escolha apenas ativista pode ser restritiva por privilegiar uma classe específica de pessoas, ou de valores do *designer*. Essa estrutura consiste em etapas e pode ser integrada em todos os aspectos do processo de *design*: durante a pesquisa do usuário e contextual, concepção e iteração do protótipo e a avaliação do artefato.

A usabilidade, a universalidade e o utilizador permanecem centrais na IHC. As autoras acreditam que esse modelo é restritivo (associado à masculinidade) e não auxilia para servir ao maior número de pessoas, enquanto o objetivo do *design* feminista é ir ao encontro das necessidades de populações vulneráveis. A partir de uma perspectiva de transparência e de responsabilidade, elas sugerem que cada instância de *design* feminista especulativo seja como uma iteração, sujeita à interpretação, questionamento e crítica rigorosa.

A terceira proposta metodológica de *design* feminista foi concebida por Chivukula (2020), a partir de um estudo que visava responder as seguintes perguntas: Como a teoria feminista é citada nos estudos de IHC? De que forma os pesquisadores de IHC estão citando o artigo “Feminist HCI”, de 2010, de Bardzell? Como o estudo das funções de citação pode informar a propagação da teoria feminista na pesquisa interdisciplinar de IHC?

Foram analisadas citações de 70 anais de conferências publicadas, em um total de 108 trechos de citações sobre o artigo de Bardzell. A pesquisa da autora evidenciou que o conceito de IHC feminista foi cunhado por Bardzell e que o uso da teoria feminista na pesquisa de *design* de IHC tem o potencial de identificar e romper estruturas hegemônicas, ao dar voz aos usuários em abordagens participativas e

gerar conteúdo em plataformas de tecnologia que apresentem seu quadro de pensamento de uma forma que seja mais voltada para o público, e mais libertadora do que antes.

Chivukula (2020) propõe o uso do feminismo como material de *design*, em vários papéis para IHC. Desenvolveu quatro ângulos de provocação para o feminismo por meio do *design*: conhecimento, metodologia, auto (*self*)/comunidade e artefato.

- Conhecimento: enfoca o conhecimento que é produzido por meio do *design* em uma postura feminista, ou como o conhecimento é engajado no ato de projetar;
- Metodologia: foca na metodologia que pode ser aproveitada para construir conhecimento e instrumentalizar o feminismo. Propõe formas antidisciplinares de conhecimento que podem ser apresentadas por meio de artefatos relacionáveis e incentiva o compartilhamento de histórias de fracasso, tratando-o como uma potencial via de aprendizagem;
- Auto (*self*)/comunidade: capacitação e criação de autoconsciência. Enfoca o senso de identidade e comunidade, tanto individualmente quanto correlacionalmente, na prática de *design* e pesquisa. Concentra-se em um senso de identidade, abraça o fato de que todos são mestres de sua própria experiência e podem ter a humildade intelectual de verificar seus próprios privilégios durante o projeto;
- Artefato: propõe que o *design* de artefatos incorpore as perspectivas feministas e suas alternativas críticas, tais como considerar dimensões afetivas na conceituação dos projetos, artefatos e nos *designs* de interação, de modo a construir e apresentar formas alternativas aos métodos tradicionais de pesquisa.

Essas alternativas permitem um pensamento crítico sobre os conceitos de gênero, inclusão, valores, marginalização e justiça, visando assim contribuir para o desenvolvimento da sensibilidade, empatia e senso de responsabilidade social dos *designers*, de modo a resultar em práticas mais éticas e emancipatórias. O *design* que coloca em primeiro plano os valores do pluralismo, defesa de direitos, transparência (e também “autorrevelação”), participação, obstinação, acolhimento das estranhezas e dos fracassos é um *design* feminista.

Interseccionalidade para um *design* decolonial

Desde as diversas fases do feminismo e a incorporação do pensamento feminista negro às perspectivas de inclusão e participação das mulheres, há uma renovação dos conceitos sobre raça, classe e gênero. Quando argumenta-se que eles não operam descolados de outros contextos, desde que muitas vezes são vivenciados juntos, representando sistemas interligados, critica-se assim um reducionismo que tenta comprimir os indivíduos em locais segregados, resultando em um apagamento sobre a realidade de que a diferença se manifesta por meio das interseções.

Partindo dos pressupostos para incorporar justiça no *design*, sendo necessário observar os possíveis impactos sociais e ambientais, assim como acolher as diferenças identitárias étnicas e de gênero, sobretudo promovendo um *design* inclusivo e participativo, Sasha Constanza-Chock apresenta o seguinte método sobre o que deve ser observado na aplicação do *Design Justice*:

Valores: Que valores codificamos e reproduzimos nos objetos e sistemas que projetamos?

Práticas: Quem pode fazer design? Como avançamos em direção à comunicação e controle de qualidade dos processos e práticas de design?

Narrativas: Que histórias contamos sobre como as coisas são projetadas? Como avaliamos os desafios de design e moldamos as soluções através do design?

Locais: Onde fazemos design? Como tornamos os sites de design acessíveis para aqueles que serão mais impactados pelos processos de design? Quais sites e designs são privilegiados e quais são ignorados ou marginalizados?

Pedagogias: Como ensinamos e aprendemos sobre justiça no design?

(Constanza-Chock, 2020, p. 24).

O argumento da “justiça no *design*” é de que as decisões do *design* possuem impactos em larga escala e a ausência de práticas inclusivas tende a afetar desproporcionalmente as comunidades mais vulneráveis econômica e socialmente; de que torna-se necessário criar uma cultura de um *design* que seja atento às demandas de justiça social e o modo de colocar em prática tais questões é envolvendo as

comunidades; de que ouvir as vozes dos menos assistidos e representados nas decisões sobre os projetos que irão lhes impactar é não apenas fundamental, como obrigatório do ponto de vista ético, político, inclusivo e em consonância com os princípios de equidade justiça social.

O debate é interseccional também por não estar separado das questões ambientais e de sustentabilidade, desde que planejamentos urbanos tendem a não medir impactos socioambientais e considerar acessibilidade universal. Na maior parte das vezes os que mais sofrem com os impactos ambientais são os mesmos que carecem de acessibilidade às tecnologias e não são levados em conta em grande parte dos *designs*.

As questões interseccionais e decoloniais manifestam-se no reconhecimento de que o *design* tem incorporado em si valores que refletem relações de poder que estruturalmente conferem privilégios ao homem branco, do Norte Global, representante de uma moral tradicionalista heteropatriarcal, binária e especista.

Os “sistemas inteligentes”, a maneira com que os dados são captados, coletados, classificados e distribuídos reproduzem injustiças por meio de discriminações algorítmicas.

Sasha Constanza-Chock (2020) observa como as reduções dos sistemas de classificação de algorítmicos tendem a penalizar os que não se enquadram nos padrões de reconhecimento dos sistemas.

Assim, pressionar por mudanças nas interpretações reducionistas vem a requerer participação ativa, tanto de estudiosos como do público. Em ambos os casos é necessário gerar engajamento dos profissionais e letramento digital para os grupos diversos do tecido social.

Observemos os princípios gerais evocados pelas redes dedicadas à justiça no *design* (Design Justice Network, 2018):

- Usamos o design para sustentar, curar e capacitar as nossas comunidades, bem como para procurar a libertação de sistemas exploradores e opressivos;
- Centramos as vozes daqueles que são diretamente impactados pelos resultados do processo de design;
- Priorizamos o impacto do design na comunidade em detrimento das intenções do designer;

- Vemos a mudança como emergente de um processo responsável, acessível e colaborativo, e não como um ponto no final de um processo;
- Vemos o papel do designer mais como um facilitador do que como um especialista;
- Acreditamos que todos são especialistas com base em suas próprias experiências vividas e que todos temos contribuições únicas e brilhantes para trazer para um processo de design;
- Compartilhamos conhecimentos e ferramentas de design com nossas comunidades;
- Trabalhamos para obter resultados sustentáveis, liderados e controlados pela comunidade;
- Trabalhamos em busca de soluções não exploratórias que nos re conectem com a terra e uns com os outros;
- Antes de procurar novas soluções de design, procuramos o que já funciona a nível comunitário. Honramos e elevamos conhecimentos e práticas tradicionais, indígenas e locais.

Da “libertação de sistemas exploradores e opressivos” no primeiro princípio, até honrar e elevar os “conhecimentos e práticas tradicionais, indígenas e locais” no décimo princípio, todos os pontos se alinham com expectativas e práticas decoloniais na pesquisa científica e de campo, esperando que tais princípios também influenciem práticas institucionais e empresariais.

Segundo Constanza-Chock (2020), mais de 300 pessoas e organizações assinaram o comprometimento a esses princípios. Se o objetivo de “cartas de princípios éticos” e manifestos é agregar massa crítica em torno dos temas associados aos desafios contemporâneos para o desenvolvimento de novas tecnologias, é porque – em resposta às práticas academicistas que evocam o canônico nas tradições europeias do conhecimento – tornam-se necessárias práticas paralelas e agregadoras de ativismo artístico e político.

Considerações finais

Em contraposição à “objetividade científica”, Donna Haraway (1988) anuncia que a “objetividade feminista” é o reflexo de um conhecimento situado a partir dos pontos de vista. Isto é, a experiência do corpo no mundo, suas heranças históricas, seus ideais de vida. Tudo deve ser entendido em perspectiva comparada aos contextos.

Haraway (1988, p. 588) argumenta que

Gênero é um campo de conhecimento estruturado e estruturante da diferença, em que os tons de extrema localização, do corpo intimamente pessoal e individualizado, vibram no mesmo campo com as emissões globais de alta tensão. Não se trata de uma localização fixa em um corpo reificado, feminino ou não, mas sobre nós em campos, inflexões em orientações e responsabilidade pela diferença nos campos material-semióticos de significado.

A partir dessa perspectiva podemos inferir que a IHC feminista trata da diferença, em como considerar a alteridade nos projetos de interação quando a lógica computacional segue uma tradição científica que exclui, não apenas os pontos de vista das mulheres, como também de todos aqueles considerados cidadãos de segunda classe.

Um ponto que esbarra no problema do conhecimento em que a reprodução de modelos segue uma epistemologia que universaliza pontos de vista particulares é a atenção à diversidade e, principalmente, a honestidade de assumir que fazemos ciência e produzimos conhecimento a partir de pontos de vista.

Por fim, entender que é necessário incluir outros pontos de vista de pessoas que representam grupos, culturas e microculturas na formulação dos *designs*. Tais atos de consciência fazem parte de uma construção social e política em que torna-se necessário reparar os danos do colonialismo. Porém, a reparação não se resume a ações jurídicas e políticas de inclusão. A real reparação requer investigar de que modo o colonialismo se perpetua, nas tecnologias e seus *designs*, para que seja possível modificar os códigos e criar outros que ampliem a representação das ideias e subjetividades, mesmo na objetividade dos dispositivos, *softwares* e estatísticas.

Referências

- ANGWIN, J. *et al.* Machine Bias: There's software used across the country to predict future criminals: and it is biased against blacks. *PROPUBLICA*, [s. l.], 23 maio 2016. Disponível em: <https://www.propublica.org/article/machine-bias-risk-assessments-in-criminal-sentencing>. Acesso em: 23 out. 2023.
- BARDZELL, J.; BARDZELL, S. *Humanistic HCI*. San Rafael: Morgan & Claypool Publishers, 2015.
- BARDZELL, S. *et al.* Feminism and interaction design. *In: CONFERENCE ON HUMAN FACTORS IN COMPUTING SYSTEMS*, 11., 2011, Vancouver. *Anais [...]*. Vancouver: CHI, 2011.
- BARDZELL, S. Feminist HCI: taking stock and outlining an agenda for design. *In: CONFERENCE ON HUMAN FACTORS IN COMPUTING SYSTEMS*, 10., 2010, Atlanta. *Anais [...]*. Atlanta: CHI, 2010.
- BARDZELL, S.; BARDZELL, J. Towards a feminist HCI methodology: social science, feminism, and HCI. *In: CONFERENCE ON HUMAN FACTORS IN COMPUTING SYSTEMS*, 11., 2011, Vancouver. *Anais [...]*. Vancouver: CHI, 2011.
- CHIVUKULA, S. Feminisms through design: a practical guide to implement and extend feminism. *Interactions*, [Berlin], v. 27, n. 6, p. 36-39, 2020.
- COSTANZA-CHOCK, S. *Design justice: community-led practices to build the worlds we need*. Cambridge: The MIT Press, 2020.
- DESIGN JUSTICE NETWORK. Website. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://designjustice.org/read-the-principles>. Acesso em: 31 out. 2023.
- D'IGNAZIO, C.; KLEIN, L. F. Feminist Data Visualization. *In: WORKSHOP ON VISUALIZATION FOR THE DIGITAL HUMANITIES*, 1., 2016, Baltimore. *Anais [...]*. Baltimore: IEEE, 2016.
- DIMOND, J. P. *Feminist HCI for real: designing technology in support of a social movement*. Atlanta: Georgia Institute of Technology, 2012.
- HARAWAY, D. Situated Knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, Washington, D. C., v. 14, n. 3, p. 575-599, 1988.
- O'NEAL, C. *Weapons of Math Destruction: how big data increases inequality and threatens democracy*. New York: Crown, 2016.
- O'NEAL, C. *Algoritmos de Destruição em Massa: como o big data aumenta a desigualdade e ameaça a democracia*. Rio de Janeiro: Editora Rua do Sabão, 2021.

PINCUS, J. Gender HCI, Feminist HCI, Post-Colonial Computing, Anti-Oppressive Design, and Design Justice. *Medium*, [s. l.], 2016. Disponível em: <https://medium.com/a-change-is-coming/gender-hci-feminist-hci-and-post-colonial-computing-f955a4054c89>. Acesso em: 10 nov. 2023.

RADZIKOWSKA, M. *et al.* A Speculative Feminist Approach to Design Project Management. *Strategic Design Research Journal*, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 94-113, 2019.

SMYTH, T.; DIMOND, J. Anti-oppressive design. *Interactions*, [Berlin], v. 21, n. 6, p. 68-71, 2014.

THE ROYAL SOCIETY. *You and AI - the politics of AI*. [S. l.: s. n.], 2018.

ECOLOGY OF CARE

**participatory design and the importance of user involvement.
When new technologies are designed and developed**

Mette Juel Rothmann

Pernille Kjærgaard Christiansen

Jane Clemensen

Introduction

Health services on a global scale are today facing a cross-pressure of massive challenges. The healthcare system must deal with the expectations and demands of new generations of users, while at the same time adapting to tighter financial conditions. Hospitals will increasingly specialize in healthcare services, leading to greater fragmentation of both sectors and specialties. There is a general desire to create a user-oriented healthcare system that can replace the current system, which lacks a holistic focus on the patient. When various sectors and units in the healthcare system do not have sufficient focus on the whole person and the overall process, the result can be unfortunate for both the patient, staff and society. In a

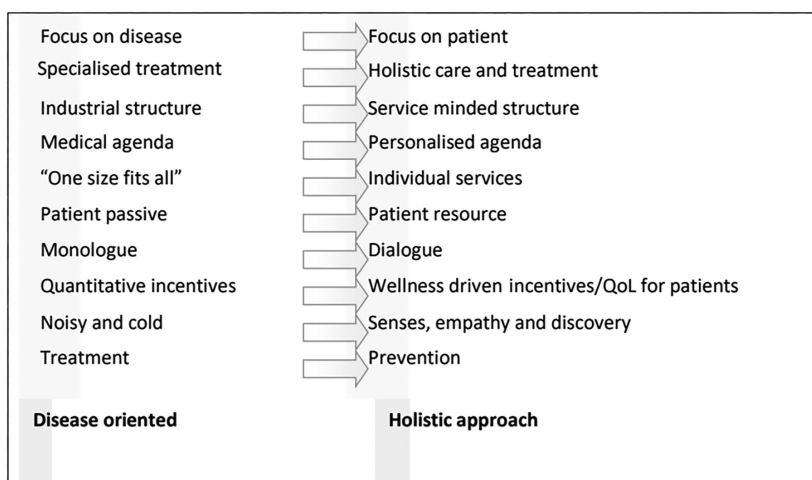
user-oriented healthcare system, there should be only one fixed point: the individual person seen in their context.

Concurrently, the population's expectations of health services are increasing, partly because technology is expanding our options for new treatment options. The healthcare system must adapt to new circumstances. Hence, there is a need for a paradigm shift; a shift from disease-oriented treatment to a far more holistic service that is tailored to each individual person when they become a patient. A new paradigm must be based on a set of new and old values such as:

- Professionalism: Respect for the whole person across an overall process from prevention to final rehabilitation;
- Involvement: The patients' own competences and resources must be included in the process as far as possible to promote and support both professional care and self-care;
- Solidarity: Attention must be paid to ensure care for both the strong and vulnerable users.

The changes can be described as in Figure 1:

Figure 1 - Change in paradigm – from disease oriented to holistic care (Clemensen *et al.*, 2017)



Source: elaborated by the authors.

The new paradigm of ecology of care: humanizing the healthcare system

Ecology of care can be translated as “taking care of the person in their home and everything around them”¹. This means that the human context must be taken into account in everything that relates to it. When we meet a person as a patient, we should therefore consider their entire situation in the assessment. The complexity of the whole person can never be fully captured, but the least we can do is spend time creating a relationship where openness and trust are given space to form a sounding board for careful dialogue, and where the patient is directly asked: “What is important to you?” Hence, relatives, neighbors, good friends and pets can be more important than we initially assume, as our assumptions are often influenced by the paradigm and mindset with which we were brought up.

Ecology of care is based on knowledge obtained from The Knowledge and Evaluation Research Unit (KER) at Mayo Clinic (Coxon, 2017). The basic idea is that people must be helped in the context in which their lives take place. This raises some questions in relation to the health services we offer our citizens today when they become patients. Is the intention to empower patients to be more independent in their daily lives once they have been through the healthcare system? KER’s vision is to create a healthcare system that is friendly and caring, and where people are at the center of the activities; where clinicians genuinely care for the person when they become a patient. As Professor Carl May states in his theory of Minimal Disruptive Medicine (MDM):

The burden of chronic illness falls not only on health services but also on patients and carers, as the work of managing chronic disease increasingly shifts from the clinic to the home. They must cope with increasingly complex treatment regimens and work to normalize these in their daily lives (May; Montori; Mair, 2009).

May’s reflections are from 2009, so the question is: Where are we today? There is no doubt that the accelerated healthcare system with fast-track procedures, combined with the pressure the health sector is under, has become more visible

1 <http://www.ecologyofcare.net>.

and worrying. One may ask if, in our eagerness to create an efficient healthcare system, we have forgotten that patients are first and foremost human beings?

Holistic care in a health context refers to an approach that considers the entirety of a person's physical, mental, emotional, social and spiritual well-being. It acknowledges that health is influenced by various interconnected factors, and therefore, treatment and care should address all aspects of a person's life.

What is holistic care and how do we understand it in a health context?

Ian Hargrave, from Mayo Clinic, shared a story about a fragmented person in a fragmented world during a keynote address at the International Conference on Communication in Healthcare in Heidelberg, Germany, in 2016. Here, he described the encounter between a doctor and an approximately 70-year-old woman. The doctor eagerly discussed the advantages and disadvantages of a medicine and then finally asked the woman what she thought, to which she replied: "But John is dead, and the boys have moved away". This example illustrates how the woman was truly fragmented. She was worried and sad about her situation and did not consider her physical health. This serves as a good example of disease-oriented care, highlighting the need and importance of a more holistic care model tailored to the individual person.

"Thus, we need a paradigm shift. A discussion has been initiated regarding whether compassion can be a game-changer in addressing some of the challenges faced by healthcare and in supporting a more holistic approach".

Compassion

According to the book *Compassionomics*, compassion can be described as treating others as you want to be treated yourself. Nothing revolutionary, but why is it apparently so difficult? In more detail, compassion can be described as:

- Acknowledging that suffering is present
- Tolerating unpleasant feelings
- Understanding the universality of human suffering

- Having feelings of warmth, care, concern, or attachment to the sufferer accompanied by a deep-felt desire to alleviate the suffering (intention) and a willingness to act (motivation) (Trzeciak; Mazzarelli; Booker, 2019).

So, one may ask: How do we design and develop compassionate healthcare solutions and services in order to provide holistic treatment and care? First, we need to recognize kindness as a cornerstone of compassion. Kindness will be the new variety that we will talk about and hopefully also practice as compassion will stubbornly show its necessity. Not just in the health sectors, but in relation to humanity in general.

Kindness is contagious, and kindness is good for both the receiver and the sender – just as we have experienced is the nature of compassion. The kindness of other people makes you kind, and research shows that kindness has a wide range of beneficial effects. Kindness connects people. As human beings, we are connected, and therefore we are moved by each other, as Thupten Jinpa expresses it in the book *A fearless heart*: “We feel most alive when we are touched and moved by other people and the world around us, when we feel connected with others, when we find meaning and purpose – in other words, when we are interested in something different and bigger than ourselves”. Hence, there is a need for developing healthcare services, solutions and technologies where kindness and compassion are embedded so people can feel connected, find meaning and purpose. This is important as we have a healthcare system where time is often used as an argument for lack of action, and where burnout among clinicians is increasing on a global scale. But does compassionate behavior take extra time? Research has shown that an “act of compassion” takes between 32 and 56 seconds (Trzeciak; Mazzarelli; Booker, 2019). Worldwide, we see a growing problem of burnout with consequences for job satisfaction and quality failure (Trzeciak; Mazzarelli; Booker, 2019). This underpins the great need for a shift in paradigm also from the healthcare personnels’ perspective. Thus, to address these problems within healthcare, we need measures at the individual level, while at the same time, there is a need for more structural measures (Trzeciak; Mazzarelli; Booker, 2019). The following example reinforces the importance of not only a paradigm shift in healthcare to a holistic approach but also the importance of humanizing the healthcare system. Despite highly sophisticated treatment and care, we need to be able to understand

each other. Health professionals need to understand the patient's body language and the patient's suffering and act on this basis.

The nurses. But not just any nurse, and not every nurse. After weeks of being on the ventilator in the ICU, I could tell right away when a new nurse came on duty at the change for shift and entered my room. I could tell within one minute whether or not the nurse cared. If it was a nurse who didn't care, my heart would sink. My spirit was crushed. I lost my will, and I did not believe I would ever get off the ventilator. But if it was a nurse who cared, one of my angels, I would instantly feel stronger. I believed I could beat this and breathe on my own again. Without my angels, I would never have made it. Their compassion was what saved me (Trzeciak; Mazzarelli; Booker, 2019).

What power compassion possesses and how frightening it is when its absence can take hope and courage from the patient who is suffering. Thus, it is not just how we design and develop technologies, solutions and services, but it is indeed also the way that healthcare professionals use and deliver them, which makes a difference to the patient.

The importance of user involvement

Above, we argue that we are faced with a large and necessary task: changing the paradigm in healthcare towards a more holistic approach. In the following, we will argue why it is a task we must solve together. We will start by arguing that we should, to a much greater extent, create new patient processes and new ways of organizing work through user involvement, with digital technologies as tools to support this.

In recent years, user involvement has gradually become a requirement within the various activities of the healthcare system. We will introduce the reader to PD and demonstrate how this approach often leads to the implementation of new measures and organizational changes during the research process. As PD researchers, it is our task to involve and listen to stakeholders, explore their needs and wishes through methodical and systematic approaches, and collaborate to create new solutions, such as designing new patient pathways. Prioritizing the integration of patients, their families, clinicians and other stakeholders into digital health

research is crucial for tailoring solutions to better meet user needs from a holistic point of view. However, despite its increased importance, the incorporation of user involvement in digital health research remains a challenge. PD and its methodology provide a distinctive approach for seamlessly integrating user involvement into clinical research, particularly in designing and developing new health technologies to support healthcare services and establish innovative pathways.

Healthcare services are evolving to become more complex, fast-tracked specialized and centralized. Globally, there is a push for improved access to healthcare. As noted by Armfield and colleagues, telehealth aims to enhance access to health services that may otherwise be inaccessible, costly, inconvenient or logistically challenging for patients and providers (Armfield *et al.*, 2014).

As a consequence of the increased pressure the healthcare system faces, the methods of how services are delivered within healthcare must be reevaluated. Consequently, innovative approaches are needed for treatment, care, management and organization of health services. Concurrently, emerging technologies should be leveraged to address these challenges.

While digital health offers an alternative to traditional clinical practice, there are several areas that require improvement. Smith *et al.* highlight challenges in adapting telehealth, emphasizing its disruptive nature and the need for clinicians to adapt to new consultation methods (Smith *et al.*, 2020). Hence, it's crucial to develop new approaches for health services that actively involve end-users and consider factors like improved health outcomes, patient empowerment and cost-effectiveness.

Digital health, telehealth and user involvement

Introducing digital health or telehealth solutions is more than just introducing new technology. The new opportunities to offer healthcare services, such as communication and monitoring over distance, will require a paradigm shift in the healthcare sector. Today, patients must adapt to the healthcare system's habits, routines and geographical locations. Patients often have multiple diagnoses and therefore require efforts that cut across both specialties and sectors. This is often a challenge in creating a coherent process for the specific patient. Digital health will be able to change roles so that the healthcare system adapts and targets services to a greater extent in relation to the patient's overall life, and not the other

way around. Digital health is thus a tool that can help ensure overall patient processes based on the patient's concrete needs and life, where the patient's knowledge becomes an integral part of the basis for assessment and planning of the process. In this way, digital health and user involvement will be able to increase patient empowerment to the benefit of the patient, their family and ultimately the economy. Hence, more resourceful patients will be empowered to manage some health services on their own, freeing up some of the scarce resources in the health sector for other patients in more vulnerable positions.

Digital health, telehealth and empowerment

When digital health and telehealth are fully integrated at the local, national and global levels, they will open up new opportunities for citizens. It will be easier to access treatment and care directly, to seek second opinions, and for patients with rare diseases to connect with specialists in other countries.

The introduction of digital health and telehealth in treatment and prevention is a natural element in efforts to meet the wishes and expectations of future citizens. New digital solutions and telehealth concepts will lead to more health services being received in patients' own homes rather than in hospitals or general practices. Ideally, this will bring several advantages for citizens. In addition to saving transport and waiting time at hospitals, citizens will achieve increased security in the treatment process, as a central part of it will take place in the safe and familiar surroundings of their homes.

Furthermore, many digital services can be used in connection with social media, which may allow citizens to use telehealth concepts as a means of communication with experts and like-minded people. However, special consideration must be given to data security and confidentiality aspects.

Overall, telehealth has the potential to promote patient empowerment by enhancing citizens' competences to manage their own diseases or conditions, thus leading to new patient roles.

When tasks are shifted from the healthcare system to the patient him or herself or his home environment, the citizen takes on part of the responsibility for his or her own treatment. To ensure an optimal effect, it is a prerequisite that the citizen's tasks are not too complex, that necessary instructions and training are provided, and that differentiated offerings are available. Otherwise, there is a risk

that the citizen is not competent enough to handle these new responsibilities, and as a result, the treatment may lack sufficient quality and safety.

It is essential that patients in vulnerable positions, such as those from certain social demographics, minorities and those facing gender and other inequalities, are not overlooked in the high-tech healthcare system. Citizen-friendly solutions can empower the patient if they fit into the patients' daily lives and are user-friendly. Therefore, it is also crucial that representatives of all relevant patient groups are involved in the development of patient-oriented telehealth concepts. Special attention must be paid to patients who cannot be included in standard programs, such as those with multiple concurrent diseases and syndromic diseases, which make up a significant proportion of people with chronic illnesses. In order to identify the needs of patients in vulnerable positions, both users/patients, specialists and researchers within the given field should be involved, as they may have valuable knowledge to share.

Digital health and telehealth have the potential to empower the patient, as the patient becomes more in control of their own treatment and care, thereby utilizing the resources each patient possesses to a greater extent. In this way, telehealth can become an essential element in ensuring better and more efficient treatment. Digital and telehealth may not be suitable for everyone due to reduced health competence. However, efforts can be made to develop solutions that accommodate people with reading and writing difficulties, for example, using pictograms.

In the past, there has been a widespread view of the patient as mainly a passive recipient of healthcare services in the healthcare system. Therefore, alongside the development and implementation of telehealth concepts, active efforts must be made to influence the attitude of healthcare professionals.

Not all development needs to start with research. If technologies are to be developed (digital health, telehealth, welfare technology etc.), it is important that users are involved throughout the entire process to ensure more sustainable solutions. Otherwise, there is a risk of ending up with systems that do not make sense for the specific user.

Telehealth solutions can promote communication with, among other entities, patients, hospitals, general practitioners and municipalities. They are currently offered to a limited extent. However, with strong user involvement, telehealth could be instrumental in creating coherence in the fragmented healthcare system.

Participatory design: user involvement in research

When clinical problems arise and need to be investigated, suitable research methods must be found to answer the derived research questions. This is the case with all research projects. PD is a methodology that emphasizes user involvement in designing new technologies, solutions or services and catalyzing organizational changes. Its origins can be traced back to action research, initially introduced by Kurt Lewin in the 1940s as a research approach within the human and social sciences. PD gained traction in the 1970s and 1980s, coinciding with the emergence of new software and technologies driven by organizational needs. During this period, there was a notable surge in emphasis on socialism, promoting the empowerment of workers by granting them influence or a voice in decisions directly affecting them (Clemensen *et al.*, 2007). Simultaneously, the concept of “users” began to take shape during the design and development of personal computers. In essence, users assumed a pivotal role, becoming central decision-makers in the development of innovative technologies. PD is characterized by foundational core values such as genuine participation, democracy (having a say) and fostering mutual learning.

Working with PD means letting go of the traditional way of perceiving and conducting research. It involves involving users from start to finish and, to that end, involving an IT company that can develop technology that corresponds to the needs and wishes we jointly find. In many ways, PD is simply applying classic research methods, both qualitative and quantitative, but what distinguishes PD from traditional research methods is its strong focus on user activities and user involvement. In addition, you will increase your opportunities for results that can change practice by working interdisciplinary and across both sciences and sectors. As a PD researcher, you are a kind of puppeteer who, through structure and systematics, unleashes the creative forces and, through openness, involvement, and the expectation of mutual learning, can together create more sustainable solutions. The PD process itself is iterative, which allows for revisions. A typical PD process is divided into three phases: 1) need assessment (defining the needs of the users for the future technology, solution or service); 2) design and development (collaborative activities with users and relevant stakeholders to define and develop a prototype); 3) test and evaluation (implementing the intervention for testing). In some studies, a fourth phase is added to study the cost-effectiveness of the intervention.

Being a PD researcher involves working with core values, which means facilitating genuine participation, mutual learning and having a say. Genuine participation means that participants are given the opportunity to engage collaboratively and participate in reflection-in-action as the project progresses. Mutual learning occurs when different users and stakeholders are brought together in workshops along with IT experts and researchers, allowing for the presentation of diverse perspectives and ideas. This provides participants with a broader understanding of the issues at hand and the opportunity for mutual learning, which is essential for establishing a common ground of understanding. Finally, having a say means giving a voice to those who are not typically empowered to make decisions, which in healthcare often includes patients or certain patient groups. A challenge in PD can be to identify and recruit participants who represent all relevant domains throughout the process. If relevant users are left out or do not genuinely participate, valuable knowledge can be lost. Additionally, intended users participating in the PD process may feel a significant responsibility in making design decisions, as their input can influence the final design decisions and thus impact the lives of other users.

To ensure genuine participation where all participants feel their knowledge and contribution are valued, it is important to ensure a neutral setting where power dynamics are equalized. An example could be seen in the meeting between patients and medical specialists in a workshop setting.

In the following, we will provide examples of how we have changed practices, created better patient pathways and improved both quality of life and well-being, as well as increased job satisfaction through new meaningful work tasks.

PD in health science: the road towards sustainable solutions

In the following, we will present three examples on how PD can lead to sustainable solutions that meet the users' actual needs, including empowering users to make democratic decisions with built in respect for both gender issues and health inequalities.

Osteoporosis treatment and care

In three PD projects about osteoporosis with and without fractures findings unveiled a prevailing sentiment among women who felt they were “left in limbo” in different ways.

The first PD study focused on women recently diagnosed with osteoporosis. The project was centered on understanding the women’s experiences upon receiving an osteoporosis diagnosis, promoting self-care, fostering empowerment and involving patients in their treatment journey.

The initial phase aimed to uncover the specific needs of women who had recently been diagnosed with osteoporosis. This involved conducting an extensive literature review, followed by field studies and interviews with newly diagnosed women, general practitioners and clinical experts from an Osteoporosis Clinic at the hospital. Additionally, informal engagements with the Osteoporosis Association and participation in their member events were carried out. The phase culminated in a focus group interview, where the identified needs were validated among a subset of participating women, and decisions were made regarding which needs to prioritize for subsequent phases (Jakobsen *et al.*, 2018c).

In the second phase, ideas for designing and developing were generated based on the identified needs, and commenced with a workshop attended by a multidisciplinary team comprising researchers, patients, physicians, healthcare professionals from primary care and hospital, representatives from the patient association, and a designer from a private firm. Collaboratively, various ideas for solutions were brainstormed to address the identified needs. Building upon these ideas, an initial outline of the app’s content was drafted and presented to physicians and healthcare professionals at a subsequent workshop. Discussions during this workshop focused on app organization and its integration into both primary care settings and the hospital where bone scans are conducted. Following this, a private firm developed several mock-ups, which were presented to a group consisting solely of women recently diagnosed with osteoporosis and researchers. Feedback was solicited, and adjustments were made to the design proposed by the firm (Jakobsen *et al.*, 2018a). Additionally, deliberations took place regarding the app’s introduction to women undergoing diagnostic processes and its intended usage by patients, physicians and biomedical scientists conducting bone scans. This aimed to equip women with the necessary tools to actively participate in treatment decisions with their physicians and to support them in managing their bone health independently

(Jakobsen *et al.*, 2018b). A final prototype was developed and were tested among women (Phase 3). The app included information on asymptomatic osteoporosis, the women's bone density scan results and treatment recommendations prior to visiting their general practitioner. The women found that the app promoted an equal dialogue in the osteoporosis consultation as they were prepared for visiting. Thus, the app supported self-management (Jakobsen *et al.*, 2018b).

The other study on hip fractures shed light on how patients perceive these injuries as life-changing events, highlighting a discrepancy between the care provided by the healthcare system and patients' expressed needs. Patients felt that healthcare professionals prioritized their physical well-being over their holistic needs as individuals, which negatively impacted their recovery process.

Hip fractures represent the most common reason for admission to orthopedic surgical wards, often resulting in significant functional impairment and prolonged pain for patients. The adoption of an accelerated patient journey has emerged as a key strategy for enhancing quality of care and optimizing resource allocation. Consequently, patients are frequently discharged within a short timeframe, typically by the fourth or fifth day of admission. However, patients often feel unprepared for discharge and rely on external assistance, feeling uncertain about their post-discharge situation.

Addressing this clinical challenge, the project aims to identify needs, design, develop, and test a mobile health technology tailored for hip fracture patients, with the goal of enhancing the accelerated orthopedic surgical patient journey and promoting patients' sense of security, autonomy and self-care. In the initial phase, a literature review was conducted to gather knowledge in the field. Field studies supplemented by interviews with various healthcare professionals across sectors were conducted to identify needs and challenges among hip fracture patients. Individual interviews with patients were also conducted. Throughout this phase, it became evident that the rehabilitative phase at home was crucial for patients' overall well-being. Therefore, all subsequent patient interviews were conducted in their homes approximately two weeks post-discharge. To gain a comprehensive understanding of healthcare professionals' roles in the patient journey, individual interviews were conducted with doctors, nurses, physiotherapists and assistants in both primary and secondary care settings, representing both managerial and clinical perspectives. Stakeholders from rehabilitation services were also interviewed (Jensen *et al.*, 2017).

Moving to the second phase, workshops were conducted to design and develop a new service based on the collected insights. Four workshops and a test were conducted with healthcare professionals to co-create a final prototype. As patients were unable to participate in workshops, several interviews and face-to-face evaluations were conducted with them in order to tailor the solution to the patients and support security, autonomy and self-care (Jensen, 2018).

PD facilitated patient involvement, fostering mutual understanding between patients and healthcare professionals to develop a technological solution that addresses patients' needs and preferences by providing a platform for patient education. One proposed solution to bridge the identified gap was an app with various educational features (Jensen *et al.*, 2019).

In a study on patients with vertebral fractures the first phase revealed that treatment and care of the patients vary greatly and dependent on the individual healthcare provider. Thus, no guidelines or patient pathway was described. The patients lack knowledge about vertebral fractures and management, treatment of severe pain and requested care and support. Qualitative data from interviews and systematic literature search highlighted the importance of follow-up including increased access to healthcare professionals in relation to patient's specific needs (Rothmann *et al.*, 2018; Rothmann; Hermann, 2015). Workshops were conducted and a module to the osteoporosis app develop to women newly diagnosed with osteoporosis were design and developed to meet the needs of these patients. Furthermore, a standardized patient pathway has been developed by the establishment of a fracture liaison program at the hospital.

The above studies have subsequently made the basis for a national app providing information about osteoporosis, treatment and care.

Healthy lifestyle postpartum

Another example of a PD study where the core values of PD have led to a more sustainable solution is the study Healthy Together, an intervention that was made to support new mothers to a healthier lifestyle. To ensure the study included mothers from different backgrounds, mothers were recruited through two municipalities. In the first phase of the study, maternity groups were invited into a neutral setting to talk about the barriers to a healthy lifestyle and their use of technology. In general, the mothers expressed that barriers were due to shifting priorities that

come with the responsibility of becoming a parent, meaning own needs were put aside to fulfill those of the baby. The support from a partner or close family and friends was also mentioned as important to living a healthy lifestyle, as they could free up time for the mother to focus on her own needs. All mothers talked about how their bodies had changed due to pregnancy and birth, and many wished to regain the pre-pregnancy body (mainly because of aesthetic appearances rather than health). All mothers expressed uncertainty as to when and how to exercise after birth and asked for more trustworthy information and guidance on the topic. The mothers would look for information on the internet, though there were many pieces of advice and myths on what to do, and often the source credibility would be an issue. In the same phase, relevant healthcare professionals were invited to two focus groups. The healthcare professionals explained that the mothers did receive some information via flyers just after the birth, though from the mothers' perspective, it was not an appropriate time to obtain new information and guidance, as they had just delivered a baby. As one mother said: "It is not like I am going home to study flyers." Rather than a flyer, the mothers wished to be informed and guided through podcasts, as it would allow them to keep their hands and eyes free and thus be able to keep an eye on the baby while listening. Also, they would not have to read a text, but merely listen, making the content more accessible for mothers with lower literacy skills (Christiansen *et al.*, 2021).

In the second phase of the PD process, workshops were held with the aim of developing a prototype with all users, relevant stakeholders, IT professionals and the research team. To establish a neutral setting, the workshop was held at a university college. In the first round, mothers and healthcare professionals were separated to ensure an equalized power between all participants, while in the second round, once each participant had expressed their views, the groups were mixed. In the first round, mutual learning occurred, as the healthcare professionals realized that no healthcare professional took the responsibility of discussing general health with the mothers, though they all thought it was one of the other healthcare professionals' responsibilities. In the second round, they also learned that the mothers lacked easy access to trustworthy information about the postpartum body and health, and that podcasts could be one way to reach more mothers with information and guidance. The mothers, on the other hand, realized that it was expected that they act on finding the information needed or contact the relevant healthcare professionals when doubts related to their own health would occur.

The prototype for the intervention designed was content for a regional app called My Hospital, to which all mothers were given access. It contained podcasts, exercise videos, weekly push notifications and the opportunity to track one's own weight. The podcasts had information on the postpartum body and how to exercise it, healthy diet, couplehood, prevention and general wellbeing. The exercise videos would guide mothers on how to exercise. There were different modules, so the mothers could get more advanced exercises over time and examples of how they could exercise using the baby. The weekly push notifications would remind the mothers of content in the app that could be relevant for them, considering how many weeks had passed since they delivered, and finally, they were given the opportunity to track their own weight (Christiansen *et al.*, 2023).

In the third phase, Healthy Together was tested on 34 mothers. In the workshops, some mothers had wished for a way to track their own weight, but in the test phase, most mothers did not like to be reminded about their weight. The mothers were pleased with the intervention, particularly the podcasts, as the content was presented better through voice than in a flyer. One of the mothers said: "... a leaflet is way more factual... like a list of things I should keep in mind or do... I do not read them... A podcast, on the other hand, is more empathetic... It is like they are saying 'I understand how you feel...'". Based on feedback from the test, a new iteration is made to improve Healthy Together prior to implementation.

Early mobilization at intensive care

A newly conducted PD study on early mobilization in the intensive care unit (ICU) of conscious mechanically ventilated patients revealed the need for a shared communication tool and assessment to be used by different healthcare professionals in order to provide care for severely ill patients. The study revealed that even within the same department, healthcare professionals used different professional languages to talk about mobilization (Lehmkuhl *et al.*, 2023a, 2023b). Hence, the development of the communication tool, assessment and evaluation supported by digital learning changed the organization, interdisciplinary collaboration, workflow and care. These changes were achieved through user involvement and mutual learning during workshops.

The examples above demonstrate how PD investigates, uncovers and collaboratively designs new solutions in partnership with end-users directly affected by

their lives, work or health. The studies have had a lasting impact, with their findings integrated into clinical practice, institutional reorganizations and the establishment of new patient pathways. Furthermore, the osteoporosis study has had broader national implications. In summary, our research has uncovered previously unrecognized gaps in the healthcare system and patient pathways, identified through close collaboration with patients, relatives, clinicians and stakeholders. These findings suggest that existing clinical practices may not fully address all patient needs and preferences. PD has proven effective in designing new patient pathways and addressing these gaps, with resulting reorganizations often being directly implemented in clinical practice.

Final reflection: from care to factory or from factory to a humanized healthcare system?

PD in clinical health research presents innovative avenues for crafting patient pathways through the utilization of tailored technology. The methodological framework of PD diverges from traditional approaches in health science by embracing a holistic view of knowledge. In PD, the fundamental principle is conducting research “with” the end-users, rather than “for” or “about” them. This methodology fosters active user engagement and fosters creativity throughout the research journey. One of its primary advantages is that it yields outcomes that are closely aligned with the implementation phase. By involving those directly impacted by the changes, PD ensures that end-users become integral contributors to the development of new solutions and services.

From a healthcare standpoint, PD offers a distinct research approach that blends established research methodologies with user-centric activities, embodying the core values of PD throughout the study. This approach transitions research from theoretical realms to practical, tangible applications, enhancing accessibility for users, pertinent stakeholders, decision-makers, policymakers and society at large.

The patient comes first; integrity, responsibility and quality in everything are our guiding principles. But how do we make these principles come to life in concrete practice, where clinicians meet patients? And where services *e.g.* technological solutions are provided? We would argue that PD research methodology underpins these guiding principles through genuine participation.

References

- ARMFIELD, N. R. *et al.* Telehealth--is the cart being put before the horse? *The Medical journal of Australia*, Sydney, v. 200, p. 530-533, 2014.
- CHRISTIANSEN, P. K. *et al.* Barriers to a healthy postpartum lifestyle and the possibilities of an information technology-based intervention: a qualitative study. *Midwifery*, [Boston], v. 98, 2021.
- CHRISTIANSEN, P. K. *et al.* The development of an IT-based intervention to support a healthy postpartum lifestyle through behavioral change. *Health Informatics Journal*, London, v. 29, n. 1, p. 1-16, 2023.
- CLEMENSEN, J. *et al.* Participatory Design in Health Sciences: using cooperative experimental methods in developing health services and computer technolog. *Qualitative Health Research*, Newbury Park, v. 17, n. 1, p. 122-130, 2007.
- CLEMENSEN, J. *et al.* Stormy Weather in Healthcare: a new ecology. *Fusion*, [s. l.], n. 12, p. 68-80, 2017. Disponível em: http://www.fusion-journal.com/wpcontent/uploads/sites/28/2017/12/Issue-12_Towards-an-Ecology-of-Care_Clemensen.pdf2. Access in: 12 Nov. 2023.
- COXON, I. R. Towards na Ecology of Care. *Fusion*, [s. l.], n. 12, p. 1-80, 2017.
- JAKOBSEN, P. R. *et al.* Development of an mHealth Application for Women Newly Diagnosed with Osteoporosis without Preceding Fractures: a participatory design approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 15, n. 2, p. 1-16, 2018a.
- JAKOBSEN, P. R. *et al.* Help at hand: women's experiences of using a mobile health application upon diagnosis of asymptomatic osteoporosis. *Sage Open Med*, Los Angeles, v. 6, p. 1-11, 2018b.
- JAKOBSEN, P. R. *et al.* Left in limbo - Experiences and needs among postmenopausal women newly diagnosed with osteoporosis without preceding osteoporotic fractures: a qualitative study. *Post Reproductive Health*, Los Angeles, v. 24, n. 1, p. 26-33, 2018c.
- JENSEN, C. M. *et al.* "If only had I known": a qualitative study investigating a treatment of patients with a hip fracture with short time stay in hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, [London], v. 12, n. 1, p. 1-9, 2017.
- JENSEN, C. M. *et al.* Bridging the gap: a user-driven study on new ways to support self-care and empowerment for patients with hip fracture. *SAGE Open Med*, Los Angeles, v. 6, p. 1-13, 2018.

- JENSEN, C. M. *et al.* Can Tele-Health Support Self-Care and Empowerment? A Qualitative Study of Hip Fracture Patients' Experiences With Testing an "App". *Sage Open Nursing*, Thousand Oaks, v. 5, p. 1-11, 2019.
- LEHMKUHL, L. *et al.* Getting the body back on track - Understanding the phenomenon of mobilisation when conscious and mechanically ventilated patients are mobilised in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, [Chatswood], v. 78, 2023a.
- LEHMKUHL, L. *et al.* Mobilisation during mechanical ventilation: a qualitative study exploring the practice of conscious patients, nurses and physiotherapists in intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 33, n. 4, p. 1493-1505, 2023b.
- MAY, C.; MONTORI, V. M.; MAIR, F. S. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*, London, n. 339, p. 2803, 2009.
- ROTHMANN, M. J. *et al.* Experiences of being diagnosed with osteoporosis: a meta-synthesis. *Archives of osteoporosis*, London, v. 13, n. 1, p. 1-21, 2018.
- ROTHMANN, M. J.; HERMANN, A. P. *Unmet needs among patients with acute/ sub-acute osteoporotic vertebral fracture*. Rotterdam: Fragility Fracture Network, 2015.
- SMITH, A. C. *et al.* Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of telehealth and telecare*, [Pergamon], v. 26, p. 309-313, 2020.
- TRZECIAK, S.; MAZZARELLI, A.; BOOKER, C. *Compassionomics, the revolutionary scientific evidence that caring makes a difference*. [S. l.]: Studer Group, 2019.

SOBRE OS AUTORES

Amanda Carvalho

Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz).

Ana Luísa Pinho Pinto Ferreira

Fisioterapeuta sanitaria com mestrado em Saúde Pública com ênfase na Atenção Primária em Saúde. Atualmente, atuando como gerente de gestão da informação na Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde).

Angélica Baptista Silva

Pesquisadora em saúde pública e uma das organizadoras do livro.

Beatriz dos Santos Melo

Especialista em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Atualmente, mestranda em Ensino de Biociências e Saúde na Fiocruz, pós-graduanda em Ensino de Ciências na UERJ e presidente da Liga Acadêmica de Educação Sexual (LESex). Foi bolsista de capacitação técnica da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), pela UERJ.

Bianca Lopes Bragança

Especialização em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Bacharelado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e técnico em tradução e interpretação da Língua Brasileira de Sinais (Libras) pelo Colégio Pedro II. Tem experiência na área da saúde, com ênfase em serviço social.

Cristina Silvana da Silva Vasconcelos

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA), pós-graduada em Saúde Coletiva pela Fundação de Estudos Sociais do Paraná (Fesp) e pós-graduanda em Sexologia Aplicada no Instituto Paulista de Sexualidade (InPaSex). Tem experiência em violência de gênero tanto em atendimento a mulheres que sofreram violência quanto em facilitação de grupos reflexivos para autores de violência contra a mulher. Na saúde, as experiências são na vigilância epidemiológica, humanização e educação permanente e popular. Organizou os I, II e III Fórum de Sexualidade em Saúde (2019-2021) e recebeu menção honrosa por trabalho desenvolvido em sexualidade (Fesp-2019). Atualmente, trabalha na saúde pública do estado do Tocantins, atende mulheres na clínica e está como coorganizadora do Grupo de Estudos em Sexualidade e Gênero.

Débora de Aguiar Lage

Doutora em Biologia Vegetal pelo Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia Vegetal da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PGBV/UERJ), com mestrado em Biologia pelo Programa de Pós-Graduação em Biociências (PPGB/UERJ). Professora associada da UERJ, lotada no Instituto de Aplicação Fernando Rodrigues da Silveira (Cap/UERJ). Docente do Mestrado Profissional em Ensino de Biologia (PROFBIO). Participa de projetos de pesquisa e orientação nas áreas de ensino de ciências e biologia, ensino de botânica, educação sexual e divulgação científica.

Diego Augusto Rivas dos Santos

Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Especialista em Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos. Especialista

em Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica pela PUC-Rio. Licenciatura em História pela Universidade do Grande Rio (Unigranrio). Bacharelado em Serviço Social pela Unigranrio. Professor na Unigranrio e na Universidade de Vassouras. Tutor na Sociedade Unificada de Ensino Augusto Motta (Unisuam). Linhas de pesquisa: ações afirmativas no ensino superior; violência doméstica contra crianças e adolescentes; fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do serviço social; ética e exercício profissional; estágio e formação profissional; instrumental técnico-operativo do serviço social; gênero, sexualidade e direitos humanos.

Elen Nas

Pós-doc na Cátedra Oscar Sala, Elen Cristina Carvalho Nascimento (*aka* Elen Nas) é doutora em Bioética pelo Programa Interinstitucional e Interdisciplinar de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), em que participam a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), por meio do Núcleo de Bioética e Ética Aplicada (Nubea) e do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (IESC); a Universidade Federal Fluminense (UFF), por meio do Instituto de Saúde Coletiva (ISC); a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); e a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Realizou o doutorado sanduíche junto ao Departamento de Filosofia da Monash University, em Melbourne, Austrália, e no Departamento de Informática da Universidade da Califórnia, Irvine (UCI), EUA. Colabora com o ArtSciLab, laboratório de arte e ciência da Escola de Artes, Humanidades e Tecnologias da Universidade do Texas, Dallas (UTD), EUA, com os grupos Neuro-I-Self, BrainNIAC e Filosofia Pop. É mestre em Design pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), multi-artista e cientista social pela UFF. Sua grande área de pesquisa é tecnologia e sociedade. Investiga as interações do humano na computação e robótica. O título da sua tese foi “Bioethics, artificial intelligence and robotics: the contemporary debate”, uma coleção de artigos e ensaios publicados como livros, capítulos de livro e em jornais científicos nacionais e internacionais.

Fernanda Angélica Albuquerque da Silva

Assistente social da saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Especialista em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade pela Escola Nacional de Saúde Pública

Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Mestranda em Política Social na Universidade Federal Fluminense (UFF). Atua com as temáticas: saúde, gênero e trabalho.

Francisco de Assis Neves Neto

Graduado em Serviço Social pela Faculdade Visconde de Cairu. Especialista em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Atualmente, é assistente social na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (Semus-Palmas), responsável pelas políticas de saúde nos segmentos LGBTQIAPN+, indígenas, imigrantes, refugiados e pessoas negras. Vice-presidente do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos Humanos (CEDDH) do Tocantins. Analista em saúde e coordenador estadual do primeiro programa que discute a diversidade com os(as) trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma secretaria de estado no Brasil na pasta da Saúde, sendo do Tocantins.

Georges Daniel Janja Bloc Boris

Psicólogo, mestre em Educação e doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fez estágio pós-doutoral em Filosofia Prática na Universidade da Beira Interior (UBI), em Covilhã, Portugal. Foi professor titular vinculado ao programa de pós-graduação e ao curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza (Unifor). Foi coordenador do Laboratório de Psicopatologia e Clínica Humanista Fenomenológica (Apheto). Ali, desenvolveu pesquisas fenomenológicas sobre diversos temas, incluindo a articulação entre as relações socioculturais de gênero, a construção das subjetividades masculina e feminina, o poder e a violência, que resultaram na publicação de capítulos e livros. Foi membro do grupo de trabalho Psicologia & Fenomenologia da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). De 2009 a 2016, foi integrante do Conselho Deliberativo do Instituto Maria da Penha (IMP).

Isabele Barboza Moura

Assistente social, coordenadora de pesquisa clínica no Instituto Nacional de Infecologia, da Fundação Oswaldo Cruz (INI/Fiocruz), mestre e doutoranda em Serviço

Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisadora da temática diversidade sexual e de gênero.

Jane Clemensen

Professor and head of research, Hans Christian Andersen Children Hospital, Odense University Hospital and University of Southern Denmark. Head of Centre of Compassion, University of Southern Denmark. Professor at Centre for Innovative Medical Technology. Adjunct professor, University of Queensland.

Juliana de Farias Mello e Lima

Professora visitante do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília (PPGSol/UnB). Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mestrado em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da mesma universidade (PPCIS/UERJ) e doutorado em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA/UFRJ). Realizou pós-doutorado no Núcleo de Estudos de Gênero Pagu da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (Bolsa Fapesp 2018-2021) e pós-doutorado no PPCIS/UERJ (Bolsa PNPd/Capes 2015-2018), vinculada ao Núcleo de Pesquisa Urbana (Cidades). Integra os seguintes núcleos de pesquisa: Cidades (PPCIS/UERJ); Núcleo de Estudos de Gênero Pagu (Unicamp); Núcleo de Justiça Racial e Direito da Escola de Direito de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas (FGV Direito SP) e Documenta: Laboratório de Antropologia do Estado, Regulação e Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA/UFRJ).

Lara Daniel Grigorovski

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Veiga de Almeida (UVA) e especialização em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e Gestão em Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Lázara Aparecida Rodrigues Penedo Santos

Assistente social, pós-graduada em Terapia de Família pela Universidade Candido Mendes (Ucam) e especialista em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Atualmente, coordenadora do Programa Saúde com Liberdade, no município de Magé-RJ.

Lizanka Marinheiro

Endocrinologista, doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), professora titular dos programas de pós-graduação do IFF/Fiocruz.

Luciana Gomes

Psicóloga pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), doutora em Saúde Pública e pós-doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Pesquisadora em saúde pública vinculada ao Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/ENSP/Fiocruz). Atua com as temáticas: saúde, trabalho e subjetividade; saúde mental e trabalho; e gênero e trabalho.

Luís Miguel da Silva Ricardo

Psicólogo, mestrando em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (Unifor). Especialista em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Formação em Diversidades e Inclusão Social em Direitos Humanos, com enfoque Diversidade Sexual, pela Universidade de São Paulo (USP). Na clínica privada, trabalha como psicoterapeuta, com foco na abordagem psicoterapia existencial humanista.

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Médico. Doutor em Saúde Pública. Pesquisador do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Criador do Fórum Intersindical de Formação em Saúde-Trabalho-Direito, do Rio de Janeiro, e do Núcleo Saúde-Trabalho-Direito do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

Marcia de Brito do Nascimento

Graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde, Direitos Humanos e Racismo: a questão negra pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Pós-graduada em Docência do Ensino Superior pela Universidade Norte do Paraná (Unopar). Mestranda em Ensino em Biociências e Saúde no Instituto Oswaldo Cruz (IOC), da Fiocruz. Diretora executiva do Instituto Brasileiro de Lésbicas. Coordenadora executiva de projetos da Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL). Conselheira titular no Conselho Estadual dos Direitos da População LGBTI+ do Rio de Janeiro, representante do Conselho Estadual do Serviço Social. Conselheira titular no Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro (Cedim/RJ). Membro da Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher, no Conselho Nacional de Saúde (Cismu/CNS).

Marcos Besserman Vianna

Doutor em História das Técnicas, Ciências e Epistemologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Coordenador do curso de especialização em Direitos Humanos, Saúde, Acessibilidade e Inclusão e do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Foi coordenador de projetos sociais da ENSP, diretor do Centro de Saúde Escola, coordenador da estratégia de saúde da família na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), diretor de assistência do IFF.

Maria Rita Albuquerque de Moura

Possui graduação em Direito pela Universidade Católica de Pernambuco (Unicap) e curso de especialização em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Mette Juel Rothmann

Associate Professor, Steno Diabetes Center Odense, Odense University Hospital/ Dept. Of Clinical Research, University of Southern Denmark, Denmark.

Michele de Oliveira Soares

Doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); mestra em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz; especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF); especialista em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade pela ENSP/Fiocruz; graduada em Gestão Pública pela Universidade Estácio de Sá (Unesa); técnica em Saúde Bucal pela Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETIS/SUS). Servidora pública desde 2007, com experiência em gestão na saúde e assento em conselhos de direito.

Noelle Juliana Melo de Paula Moreira

Enfermeira graduada e licenciada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), cursou Enfermagem Obstétrica na modalidade Residência do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Hupe/UERJ). Enfermeira especialista em Cuidado Pré-natal pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Mestra em Enfermagem pela UERJ. Pós-graduada em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Tem expertise no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, já atuou como professora de graduação e compôs a diretoria da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (Abenfo-RJ). Atualmente, é funcionária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e atua na Casa de Parto David Capistrano Filho.

Patrícia da Silva Von Der Way

Pesquisadora em saúde pública e uma das organizadoras do livro.

Pernille Christiansen

PhD, Lecturer at University College Lillebælt, Odense, Denmark.

Renata Frade

Formada em Jornalismo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Renata Frade desenvolve tese de doutorado sobre mulheres em tecnologia em comunidades brasileiras e portuguesas no Centro de Investigação em Média Digitais e Interação, do Departamento de Comunicação e Arte, da Universidade de Aveiro (DigiMedia/DeCa/UA) e Universidade do Porto, Portugal. Sua pesquisa é financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT, SFRH/BD/06640/2020). Sua motivação para esse estudo iniciou há mais de dez anos, quando foi empreendedora tecnológica e líder de comunidade feminina em TI. É pesquisadora da Cátedra Oscar Sala, do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (IEA/USP). Editora do *site* Pop Junctions, do professor Henry Jenkins da Universidade do Sul da Califórnia (USC), EUA, de quem foi aluna de transmedia no Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT). Membro da A+ Alliance for Inclusive Algorithms. Autora em 17 livros, e editora de *Technofeminism: multi and transdisciplinary contemporary views on women in technology*. Mestre em Letras pela Universidade do Estado do Rio Janeiro (UERJ).

Rita de Cássia Santos Freitas

Assistente social. Professora titular da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF). Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mestre e doutora em Serviço Social pela UFRJ, pós-doutora em Sociologia pelo Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra (UC) e pós-doutora em Política Social pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Participante do Núcleo de Estudos de Pesquisa Histórica sobre Proteção Social/ Centro de Referencias Documentais (ESS/UFF) do Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos (ESS/UFF) e da Rede de Estudos sobre Famílias e Política Social (REFAPS).

Rita de Cássia Vasconcelos da Costa

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Anna Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ) e doutorado em Psicologia Social pela Universidad Argentina John F. Kennedy. Diretora administrativa do Movimento de Mulheres em São Gonçalo, conselheira estadual dos direitos da mulher no Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro (Cedim/RJ). Pesquisadora do Grupo de Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (DIHS).

Talita Mara Maia Tavares

Psicóloga com licenciatura em Psicologia, especialista em Gênero e Sexualidade; Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade; pós-graduada em Drogadependência: implementação de políticas, tratamento e prevenção. Experiência em política de assistência social e direitos humanos, principalmente no atendimento a violações de direitos com ênfase na população LGBTQIAPN+, violências sexuais e trabalho infantil.

Thiago Silva Torres

Pesquisador em saúde pública e docente permanente do programa em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI). Bolsista produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e jovem cientista do Nosso Estado da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj). Pesquisador de estudos de implementação da Profilaxia Pré-Expositiva (PrEP) no Brasil (PrEP Brasil, PrEPParadas e ImPrEP CAB-Brasil) e América Latina (ImPrEP: Brasil, Mexico e Peru), adesão à PrEP entre jovens no Brasil (Conectad@s) e Américas (Double Prevention: Brasil, Argentina, Peru e EUA), e estudo de envelhecimento em pessoas vivendo com HIV (ELEA-Brasil). Fui pesquisador visitante da Harvard T.H. Chan School of Public Health, da Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique da Sorbonne Université, e pesquisador concursado do Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) (2007-2019). Doutor em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas pelo INI/Fiocruz, e especialização em Patentes pela Universidade de Estrasburgo, França. Bacharel em Farmácia Industrial e mestre em Química pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Vanessa Lemos da Costa Soares

Psicóloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Ciências pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueiras, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz).

Vania Reis Girianelli

Psicóloga com pós-doutorado em Epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Wanessa Kelly Beltrão Zoccoli

Graduação em Letras, Língua Portuguesa e Literaturas Afins. Pós-graduada em Gênero e Sexualidade. Pós-graduada em Sexualidade e Psicologia. Pós-graduada em Neurolinguística. Ativista orgânica do Movimento de Lésbicas. Coordenadora regional Centro-Oeste da Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); integrante da Comissão Intersetorial de Pessoas com Deficiência (CIASPED), no Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela ABL. Membro do Coletivo de Mulheres: Liberdade de Ser, do município de Porangatu-GO.

Yone Baptista Lidgren

Graduada em Jornalismo pela Faculdade de Jornalismo Assis Chateaubriand. Participei da criação do Brasil Sem Homofobia e permaneço atuando nos eventos em que sou referência, para palestrar sobre o início e todos os fatos do Movimento LGBTQIAPN+. Todas as participações são relacionadas com as áreas de direitos humanos/saúde/cidadania/ativismo/*advocacy* e com o Movimento LGBTQIAPN+ (por exemplo, Projeto É-RJ/Projeto SOMOS LÉS nacional/SOMOS Nacional). Participação em todos os eventos relacionados ao meu seguimento populacional desde o I Encontro Brasileiro de Homossexuais (EBHO), em 1980. Analista comportamental pela Associação Brasileira de Medicina Psicossomática (ABMP) – Regional São Paulo e Comitê Multidisciplinar de Medicina Psicossomática, da Associação Paulista de Medicina (APM).